

Høringsnotat

Forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)

Utsendt: 8. oktober 2025

Høringsfrist: 8. april 2026

Innhold

1	Innledning.....	17
2	Høringsnotatets disponering og hovedinnhold.....	22
3	Organisering av helseberedskapen i Norge – internasjonale avtaler og samarbeid.....	28
3.1	Samfunnssikkerhet, beredskap og beredskapsprinsipper	28
3.2	Sentral krisehåndtering – ansvar og organisering.....	29
3.3	Nasjonal helseberedskap.....	32
3.4	Internasjonale avtaler og samarbeid	33
4	Sentrale nasjonale dokumenter av betydning for regelverksarbeidet.....	37
4.1	Innledning	37
4.2	NOU 2019: 13 Når krisen inntreffer	37
4.3	NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen	38
4.4	NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Rapport fra Koronakommisjonen	40
4.5	Ekspertgrupperapporter om infrastruktur, kompetanse og hjemler for kunnskapsproduksjon i kriser	41
4.6	Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar	43
4.7	NOU 2023: 16 Evaluering av pandemihåndteringen. Rapport fra Koronautvalget	43
4.8	Endringer i organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen.....	45
4.9	NOU 2023: 14 Forsvarskommisjonen av 2021 – Forsvar for fred og frihet	46
4.10	Meld. St. 5 (2023-2024) En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa.....	47
4.11	NOU 2023: 17 Nå er det alvor – Rustet for en usikker fremtid (Totalberedskapskommisjonen).....	49

4.12	Meld. St. 9 (2023-2024) - Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 - Vår felles helsetjeneste	50
4.13	Meld. St. 9 (2024–2025) Totalberedskapsmeldingen - Forberedt på kriser og krig	50
4.14	Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring	51
5	Oversikt over helse- og omsorgstjenestelovgivningen, helseberedskapsloven og annen beredskapslovgivning	55
5.1	Innledning	55
5.2	Helse- og omsorgstjenestelovgivningen	55
5.2.1	Innledning – tjenestenes overordnede ansvar	55
5.2.2	Øyeblikkelig hjelp	56
5.2.3	Tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner	56
5.2.4	Bistandsplikt og samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak ved ulykker og andre akutte situasjoner	56
5.2.5	Pålegg om samarbeid mellom kommuner	57
5.2.6	Suspensjon av fastlegeordningen	57
5.3	Helseberedskapsloven	57
5.3.1	Innledning	57
5.3.2	Plikt til beredskapsplanlegging	58
5.3.3	Lovens fullmaktsbestemmelser	59
5.3.4	Rekvisisjon	60
5.3.5	Tjenesteplikt og beordring	60
5.3.6	Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling	61
5.3.7	Omlegging og omsetningsrestriksjoner	61
5.3.8	Forskriftshjemler	62
5.4	Smittevernloven	63
5.4.1	Innledning	63
5.4.2	Vaksinering og immunisering av befolkningen	63

5.4.3	Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering.....	64
5.4.4	Karantenebestemmelser.....	64
5.4.5	Bestemmelser om isolering og begrensninger i bevegelsesfrihet mv.	65
5.4.6	Gravferd og transport av lik.....	65
5.4.7	Massemedier – informasjonsplikt	66
5.4.8	Innsatsplikt mv. for kvalifisert helsepersonell.....	66
5.4.9	Plikt til å oppsøke lege og å la seg undersøke, tvungen legeundersøkelse, innleggelse og kortvarig isolering	66
5.4.10	Tvungen isolering i sykehus	66
5.4.11	Hastevedtak om tvungen legeundersøkelse og tvungen isolering i sykehus	67
5.4.12	Forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap.....	67
5.4.13	Særlig fullmakt for Kongen – loven § 7-12	67
5.5	Beredskapsloven	67
5.5.1	Generelt	67
5.5.2	Kongens fullmakter dersom Stortinget er avskåret fra å utøve sin myndighet.....	68
5.5.3	Kongens fullmakter i visse situasjoner selv om Stortinget er samlet eller kan sammenkalles.....	68
5.5.4	Statsforvalters fullmakter.....	69
5.6	Næringsberedskapsloven	69
5.6.1	Generelt	69
5.6.2	Forskriftsbestemmelser	70
5.6.3	Vedtak om særskilte tiltak	70
5.7	Matloven.....	71
5.7.1	Generelt	71

5.7.2	Vann	71
5.7.3	Mat	72
5.8	Sivilbeskyttelsesloven.....	72
5.8.1	Generelt	72
5.8.2	Allmennhetens bistandsplikt i akuttsituasjoner.....	72
5.8.3	Tjenesteplikt i beredskapssituasjoner.....	73
5.8.4	Rekvisisjon	73
5.8.5	Pålegg og enkeltvedtak.....	73
5.8.6	Sivil arbeidskraftberedskap.....	73
5.9	Strålevernloven	75
5.9.1	Generelt	75
5.9.2	Organisering av atomberedskapen.....	75
5.10	Legemiddeloven og apotekloven.....	76
5.11	Koronaloven	77
5.12	Sosialtjenesteloven	77
5.12.1	Generelt	77
5.12.2	Beredskapsbestemmelser	78
5.13	NAV-loven	78
5.13.1	Generelt	78
5.13.2	Beredskapsbestemmelser	78
5.14	Folkehelseloven.....	79
5.15	WHO's internasjonale helsereglement (IHR) – IHR-forskriften	80
5.16	WHO's pandemiavtale	82
6	Overordnet om andre lands rett	83
6.1	Danmark.....	83
6.2	Sverige	84
6.3	Finland	85

7	Forholdet til Svalbard og personvernmessige konsekvenser av forslaget.....	88
7.1	Svalbard.....	88
7.2	Personvernmessige konsekvenser av forslaget.....	88
8	Konstitusjonelle og folkerettslige rammer.....	91
8.1	Innledning	91
8.2	Nødrett og derogasjon.....	92
8.2.1	Konstitusjonell nødrett og derogasjon fra Grunnloven og formell lov	92
8.2.2	Derogasjon fra menneskerettighetskonvensjoner	95
8.3	Grunnleggende rettslige rammer etter Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser.....	95
8.3.1	Innledning.....	95
8.3.2	Handlingsplikt som landets utøvende myndighet	96
8.3.3	Saker av viktighet skal behandles av Kongen i statsråd	96
8.3.4	Lovkravet	97
8.3.5	Retten til liv og helse.....	98
8.3.6	Likhetsprinsippet og diskrimineringsforbud	98
8.3.7	Forsamlingsfriheten.....	99
8.3.8	Retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem – retten til frihet og sikkerhet	100
8.3.9	Barns særskilte rettigheter.....	100
8.3.10	Privat eiendomsrett – rekvisisjon	101
8.3.11	Bevegelsesfriheten	101
8.3.12	Det kommunale selvstyret	102
8.4	Wien-konvensjonene om diplomatisk og konsulært samkvem mv.	102
8.5	EØS-rettslige rammer	105
9	Helseberedskapslovens forhistorie og vurdering av behov for revisjon av loven.....	107

9.1	Innledning	107
9.2	Forhistorien til helseberedskapsloven 1955 og lovens hovedinnretning	107
9.3	Arbeidet frem mot helseberedskapsloven 2000.....	108
9.4	Departementets vurdering av behovet for revisjon av helseberedskapsloven	110
10	Lovstruktur	113
10.1	Oppsummering av kapittelets vurderinger og forslag.....	113
10.2	Videreføring av en egen beredskapslov for helse- og omsorgstjenesten.....	113
10.3	Fastsettelse av ny helseberedskapslov	114
11	Lovens formål og virkeområde.....	116
11.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	116
11.2	Formål.....	116
11.2.1	Innledning.....	116
11.2.2	Gjeldende rett	117
11.2.3	Departementets vurderinger og forslag	120
11.3	Stedlig virkeområde – forholdet til Svalbard, Jan Mayen mv.	121
11.3.1	Gjeldende rett	121
11.3.2	Departementets vurderinger og forslag	122
11.4	Saklig virkeområde – virksomheter loven gjelder for	123
11.4.1	Gjeldende rett	123
11.4.2	Departementets vurderinger og forslag	123
11.5	Saklig virkeområde - personell loven gjelder for.....	128
11.5.1	Personell som tjenestegjør i virksomheter omfattet av loven	128
11.5.2	Personell som det ved forskrift kan bestemmes skal omfattes av loven	129
12	Lovfesting av ansvarsforhold – ansvarsprinsippet.....	132

12.1	Oppsummering av kapittelets vurderinger og forslag.....	132
12.2	Gjeldende rett	132
12.3	Departementets vurderinger og forslag	134
13	Lovfesting av andre beredskapsprinsipper	136
13.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	136
13.2	Gjeldende rett	136
13.3	Departementets vurderinger og forslag	136
13.3.1	Likhetsprinsippet	136
13.3.2	Nærhetsprinsippet.....	137
13.3.3	Samvirkeprinsippet.....	137
13.3.4	Andre beredskapsprinsipper - handlingsprinsippet, fleksibilitetsprinsippet og retningsprinsippet.....	137
14	Forberedende beredskapstiltak – planplikt, beredskapsplanlegging og øvelser.....	139
14.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	139
14.2	Innledning.....	139
14.3	Forberedende beredskapstiltak – planplikt, beredskapsplanlegging og øvelse	142
14.3.1	Gjeldende rett	142
14.3.2	Departementets vurdering og forslag.....	148
14.4	Plikt til varsling og rapportering	152
14.4.1	Gjeldende rett	152
14.4.2	Departementets vurdering og forslag.....	153
14.5	Forsyningssikkerhet og beredskapslagre	154
14.5.1	Innledning.....	154
14.5.2	Gjeldende rett	155
14.5.3	Departementets vurdering og forslag.....	156
14.6	Oversikt over personell	157

14.6.1	Innledning.....	157
14.6.2	Gjeldende rett	157
14.6.3	Omtale i Helseberedskapsmeldingen mv.....	158
14.6.4	Oversikt over relevante ordninger for oversikt over personell og for mobilisering av personell	159
14.6.5	Departementets vurdering og forslag.....	161
14.7	Frivillig sektors rolle i helseberedskapen.....	165
14.7.1	Gjeldende rett	165
14.7.2	Departementets vurdering og forslag.....	165
15	Beredskapsregistre mv.....	167
15.1	Oppsummering av forslag i kapittelet.....	167
15.2	Innledning.....	167
15.3	Gjeldende rett	168
15.3.1	Helseberedskapsloven	168
15.3.2	Smittevernloven	170
15.3.3	Helseregisterloven	171
15.3.4	Personvernforordningen.....	171
15.4	Departementets vurdering og forslag.....	172
15.4.1	Innledning.....	172
15.4.2	Beredskapsregistre kan omfatte både helseopplysninger og andre personopplysninger	173
15.4.3	Hvem skal kunne opprette et beredskapsregister?	173
15.4.4	Hjemmel til å kreve opplysninger fra flere aktører	175
15.4.5	Hjemmel til å kreve opplysninger direkte fra innbyggerne.....	176
15.4.6	Forholdet til helseregisterloven med forskrifter	177
15.4.7	Kostnader ved overføring av opplysninger skal dekkes av avleverende virksomhet	177
15.4.8	Opplysninger kan kreves direkte fra databehandlere	178

15.4.9	REK-godkjenning er ikke nødvendig for myndighetenes bruk av et beredskapsregister	178
15.4.10	Tilgang til beredskapsregistre.....	179
15.4.11	Hjemmel for opprettelse av beredskapsregistre ved beredskapsøvelser	181
15.4.12	Vilkår for å beholde beredskapsregistre.....	181
15.4.13	Vurderinger av konsekvenser for personvernet	183
15.4.14	Forholdet til registerhjemmel i ny smittevernlov	184
16	Vilkår for anvendelse av lovens fullmaktsbestemmelser	185
16.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	185
16.2	Innledning.....	185
16.3	Gjeldende rett	186
16.4	Departementets vurderinger og forslag	190
16.4.1	Egen bestemmelse om utløsning av lovens fullmaktsbestemmelser	190
16.4.2	Vilkår for å utløse lovens fullmaktsbestemmelser «når riket er i krig eller når krig truer»	191
16.4.3	Vilkår for å utløse lovens fullmaktsbestemmelser ved «kriser eller katastrofer i fredstid»	193
17	Endringer i den normale ansvars-, oppgave- og ressursfordelingen	198
17.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	198
17.2	Innledning.....	198
17.3	Gjeldende rett	198
17.4	Departementets vurderinger og forslag	199
17.4.1	Videreføring av fullmaktsbestemmelse som gir adgang til endret ansvars-, oppgave- og ressursfordeling.....	199
17.4.2	Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen.....	201
18	Omlægging av tjenesten – omsetningsrestriksjoner	204
18.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	204

18.2	Innledning.....	204
18.3	Gjeldende rett	204
18.3.1	Omlegging av tjenester og omsetningsrestriksjoner etter § 5-2..	204
18.3.2	Forberedende tiltak etter § 5-3.....	206
18.3.3	Legemiddeloven og apotekloven.....	207
18.4	Departementets vurderinger og forslag	208
18.4.1	Videreføring av fullmaktsbestemmelse som gir adgang til å beslutte omlegging av tjenestene og innføring av omsetningsrestriksjoner	208
18.4.2	Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen	209
18.4.3	Videreføring av adgang til å pålegge forberedende tiltak	209
19	Tjenesteplikt og beordring	210
19.1	Oppsummering av forslag i kapittelet.....	210
19.2	Innledning.....	210
19.3	Gjeldende rett	210
19.3.1	Arbeidsrettslig regulering.....	210
19.3.2	Helse-, omsorgs- og sosialtjenestelovgivningen	213
19.3.3	Helseberedskapsloven	214
19.3.4	Sivilbeskyttelseslovens regler om sivil arbeidskraftberedskap....	215
19.4	Departementets vurderinger og forslag	217
19.4.1	Videreføring av fullmaktsbestemmelse som gir adgang til å pålegge tjenesteplikt og beordring.....	217
19.4.2	Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen	225
19.4.3	Forberedende tiltak, registrerings- og øvelsesplikt.....	225
19.4.4	Plan for beordring av helsepersonell.....	226
19.4.5	Forholdet mellom helseberedskapsloven og sivilbeskyttelsesloven.....	227
20	Avkorting eller bortfall av pensjon ved arbeidsinntekt som følge av arbeid.....	231

20.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	231
20.2	Innledning.....	231
20.3	Gjeldende rett	231
20.4	Departementets vurderinger og forslag	233
21	Unntak fra utdanningsstøtteregeverket ved mobilisering av studenter innen helsefag som reservepersonell i helse- og omsorgstjenesten	236
21.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	236
21.2	Innledning.....	236
21.3	Gjeldende rett	236
21.4	Departementets vurderinger og forslag	237
22	Rekvisisjon	238
22.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	238
22.2	Innledning.....	238
22.3	Gjeldende rett	238
22.3.1	Regler om rekvisisjon i helseberedskapsloven og annen helselovgivning	238
22.3.2	Andre regler om rekvisisjon	240
22.4	Departementets vurderinger og forslag	242
22.4.1	Videreføring av fullmaktsbestemmelser som gir adgang til rekvisisjon	242
22.4.2	Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen	247
23	Adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning (derogasjon).....	249
23.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	249
23.2	Innledning.....	250
23.3	Utredninger fra Beredskapshjemmelutvalget, Koronakommisjonen, Koronautvalget, Totalberedskapskommisjonen, Totalberedskapsmeldingen mv.	251
23.4	Departementets vurdering og forslag.....	256

23.4.1	Generelt om derogasjonshjemler og helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd.....	256
23.4.2	Videreføring av en derogasjonsbestemmelse i ny helseberedskapslov	258
23.4.3	Inngangsvilkår for å kunne fravike lov – situasjonskravet etter loven § 1-5.....	260
23.4.4	Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen	262
23.4.5	Krav om nødvendighet for å oppnå bestemte formål.....	264
23.4.6	Ikke mulig med ordinær lovbehandling - «fare ved opphold»	268
23.4.7	Adgang til å fravike lovgivning om drift, organisering og ansvarsforhold og lovgivning om tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter	271
23.4.8	Adgang til å fravike enhver lov eller kun opplistede lover	281
23.4.9	Krav om forholdsmessighet.....	284
23.4.10	Samfunnsmessige konsekvenser og hensynet til barnets beste	285
23.4.11	Forholdet til Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser	288
23.4.12	Domstolskontroll	290
23.4.13	Midlertidighet, meddelelsesplikt og forholdet til Stortinget	292
23.4.14	Spørsmål om lovfesting av krav om høring forut for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen	297
24	Informasjonsplikt for massemedier	300
24.1	Oppsummering av forslag i kapittelet.....	300
24.2	Innledning.....	300
24.3	Gjeldende rett	300
24.4	Departementets vurderinger og forslag	300
25	Vurdering av behov for endringer av helsepersonellovens medhjelperbestemmelse	303
25.1	Oppsummering av forslag i kapittelet.....	303

25.2	Innledning.....	303
25.3	Gjeldende rett	303
25.4	Omtale i Koronakommisjonens rapport mv.....	305
25.5	Departementets vurderinger og forslag	306
26	Forskjellige bestemmelser	308
26.1	Oppsummering av forslag i kapitlet.....	308
26.2	Innledning.....	308
26.3	Gjeldende rett	308
26.4	Departementets vurderinger og forslag	309
26.4.1	Finansiering	309
26.4.2	Forskrifter til utfylling og gjennomføring av loven	310
26.4.3	Forholdet til forvaltningsloven.....	310
26.4.4	Rettsvirkninger ved ikke å etterkomme pålegg etter loven	310
26.4.5	Straff.....	311
26.4.6	Ikrafttredelse	311
26.4.7	Overgangsbestemmelser	311
27	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap	313
27.1	Økonomiske og administrative konsekvenser av loven som helhet.....	313
27.2	Kapittel 1: Innledende bestemmelser	313
27.3	Kapittel 2: Ansvar for forberedelser og gjennomføring.....	314
27.4	Kapittel 3: Rekvisisjon av fast eiendom, rettigheter og løsøre	314
27.5	Kapittel 4: Tjenesteplikt, beordring og registrering	314
27.6	Kapittel 5 og kapittel 6: Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling – omlegging og omsetningsrestriksjoner	314
27.7	Kapittel 7: Adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning (derogasjon)	314
27.8	Kapittel 8: Forskjellige bestemmelser	315

28	Spesielle merknader til ny lov om helsemessig og sosial beredskap.....	316
	§ 1-1	316
	§ 1-2	317
	§ 1-3	317
	§ 1-4	319
	§ 1-5	320
	§ 2-1	323
	§ 2-2	324
	§ 2-3	325
	§ 2-4	326
	§ 3-1	328
	§ 3-2	330
	§ 3-3	331
	§ 3-4	331
	§ 3-5	332
	§ 4-1	332
	§ 4-2	334
	§ 5-1	335
	§ 6-1	336
	§ 6-2	337
	§ 7-1	337
	§ 7-2	345
	§ 7-3	347
	§ 7-4	347
	§ 8-1	347
	§ 8-2	348
	§ 8-3	348

§ 8-4.....	349
§ 8-5.....	349
§ 8-6.....	350
§ 8-7.....	351
§ 9-1.....	351
§ 9-2.....	351
29 Forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap mv. (helseberedskapsloven).....	353

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap på høring. Forslaget viderefører på mange områder reguleringen som følger av gjeldende lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven). Departementets helhetsvurdering er at gjeldende lov i hovedsak er godt egnet til å håndtere dagens og fremtidens utfordringsbilde. Det foreslås likevel flere mindre endringer av materiell eller presiserende art og også enkelte større endringer av prinsipiell art. Endringene innebærer blant annet at fullmaktshjemlene videreføres, men at det tydeliggjøres når disse kan tas i bruk og hva de innebærer. Det foreslås større endringer når det gjelder adgangen til å fravike lov ved forskrift (derogasjon). Adgangen til å fravike lov tydeliggjøres og utvides, samtidig som det foreslås regulering som skal sikre parlamentarisk og demokratisk kontroll ved regjeringens anvendelse av fullmaktsbestemmelsen.

Forholdet mellom beredskapslovgivningen og den alminnelige helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen

Helsemessig og sosial beredskap bygger først og fremst på den daglige driften i den ordinære helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Utgangspunktet er at de ordinære ansvarslinjene og oppgavene som den alminnelige tjenestelovgivningen pålegger kommuner og spesialisthelsetjenesten, også skal gjelde ved kriser og katastrofer i fredstid og ved krig eller når krig truer. Norge har én helse- og omsorgstjeneste og én helse- og omsorgstjeneste som skal yte tjenester for både sivilbefolkningen og Forsvaret i hele krisespekteret. Helse- og omsorgstjenesten oppgave med å understøtte Forsvaret vil være avgjørende for evnen til å forsvare landet ved krig eller væpnet konflikt.

Den alminnelige helse- og omsorgstjenestelovgivningen har flere beredskapslignende bestemmelser beregnet på ekstraordinære situasjoner, for eksempel muligheten til å pålegge personell tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner. Dette må sees i sammenheng med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenestens plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp.

Den samlede reguleringen av tjenestenes beredskapsarbeid er imidlertid inntatt i helseberedskapsloven. Loven er en ramme- og fullmaktslov for beredskapsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Formålet med loven er å «verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid». For å oppnå dette formålet inneholder loven plikt til planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid. Tjenestene har plikt til å utarbeide samordnede beredskapsplaner i tråd med de krav som følger av helseberedskapsloven. Loven inneholder også en rekke fullmaktsbestemmelser som kan komme til anvendelse når «riket er i krig eller når krig truer» eller «ved kriser og katastrofer i fredstid». Når fullmaktsbestemmelsene er besluttet å gjelde kan inngripende virkemidler tas i bruk. Dette kan være rekvisisjon, tjenesteplikt og beordring, ansvars-, oppgave- og ressursfordeling og omlegging og omsetningsrestriksjoner.

Betydningen av endret sikkerhets- og beredskapssituasjon

Kriser og krig vil i varierende grad innebære økt press på helse- og omsorgstjenesten, blant annet fordi det i slike kriser kan oppstå et betydelig antall alvorlig skadde og syke. Dette vil legge beslag på personell og behandlingsressurser, noe som igjen kan få betydning for tjenestenes evne og kapasitet til å sørge for «ordinære» helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester.

Høringsforslaget må derfor også sees i sammenheng med den endrede sikkerhets- og beredskapssituasjonen Norge står i og behovet for en oppdatert og fremtidsrettet beredskapslovgivning. Departementet viser i den forbindelse til Meld. St. 9 (2024-2025) Totalberedskapsmeldingen, hvor det i punkt 10.5.1 uttales at regjeringen vil vurdere om dagens beredskapslovgivning inneholder nødvendige hjemler for å håndtere påregnelige kritesituasjoner.

I dagens sikkerhetspolitiske verdensbilde er det i enda større grad enn tidligere nødvendig å se på smittevernberedskapen og helseberedskapen som deler av totalberedskapen. Helse- og omsorgssektoren er Norges største sektor og en vesentlig del av totalberedskapen. Den overordnede målsettingen for helseberedskapen er å forebygge og begrense sykdom og skade, samt sørge for helse- og omsorgstjenester ved hendelser i hele kritespekteret - også mindre sannsynlige hendelser med stort skadepotensiale. En «krise» kan defineres som en uønsket situasjon med høy grad av usikkerhet og potensielt store konsekvenser for hele eller deler av befolkningen, og som kan kreve tiltak, ressurser eller kompetanse ut over det som er nødvendig i en normalsituasjon.

Som påpekt i Meld. St. 5 (2023-2024) En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa (Helseberedskapsmeldingen), står også helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten ovenfor et mer sammensatt risiko- og trusselbilde. Dette legger også premisser for den fremtidige beredskapsorganiseringen og -reguleringen. I meldingens kapittel 1 uttales det blant annet:

«En rekke utviklingstrekk legger premisser for den fremtidige helseberedskapen. Vi står i den mest alvorlige sikkerhetspolitiske situasjonen siden andre verdenskrig. Det er krig i Europa. Atomberedskapen er aktualisert. Demokrati og menneskerettigheter er under press. Den rettsbaserte verdensorden som har tjent Norge og norske interesser siden andre verdenskrig, utfordres. Trusselbildet mot kritisk infrastruktur øker. Det samme gjør bruken av sammensatte trusler. Land og aktører søker å utnytte sårbarheter i Norge til egen vinning. Cyberaktivitet, desinformasjon og menneskelig påvirkning brukes systematisk i dette bildet.»

Demografiske endringer i årene fremover i form av endret befolkningssammensetning og bosettingsmønster, vil også gi utfordringer for helse- og omsorgstjenesten og påvirke helseberedskapen. De demografiske endringene vil føre til økende andel eldre i befolkningen, og antageligvis til at eldre blir boende i distriktene mens de yngre flytter mot byene. Disse endringene, kombinert med knappere tilgang til helsepersonell, kan påvirke ressurstilgangen ved alle typer helseberedskapshendelser. Forberedelser og krisehåndtering vil derfor måtte skje i en tid hvor tilgang til ressurser som arbeidskraft, herunder helsepersonell, trolig blir redusert. Dette må sees i sammenheng med at

tilgangen på helsepersonell er den største knapphetsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten ved langvarige kriser.

Økende grad av avhengigheter preger samfunnet, med lange og til dels uoversiktlig verdikjeder. Dette innebærer at helse- og omsorgssektoren må ta hensyn til avhengigheter, kompleksitet, kritikalitet og helhet i større grad enn tidligere. Beredskapsarbeidet må forberede tjenestene på krevende samtidige hendelser, som eksempelvis masseskadebehandling samtidig med avbrudd i IKT-systemer, behov for akutt behandling etter terrorhendelse samtidig med at sykehus må evakueres, eller masseskadebehandling samtidig med en biologisk trussel eller et reelt, omfattende smitteutbrudd samtidig med forsyningssvikt.

Dagens utfordringsbilde innebærer at fremtidige kriser i stor grad vil være tverrsektorielle med et sammensatt aktørbilde. Dette forutsetter godt samarbeid med private og frivillige for god beredskap og krisehåndtering. Norsk beredskap har gjennom en årrekke basert beredskaps- og samfunnssikkerhetsarbeidet på de fire beredskapsprinsippene ansvar, likhet, nærhet og samvirke. Disse fire prinsippene skal også ligge til grunn for fremtidens beredskap i Norge og forslaget til ny helseberedskapslov er utformet i tråd med disse fire prinsippene.

Helseberedskapens betydning for landets forsvarsevne

Helse- og omsorgstjenesten oppgave med å understøtte Forsvaret vil være avgjørende for evnen til å forsvare landet ved krig eller væpnet konflikt. Arbeidet med helseberedskap må derfor også sees i sammenheng med Forsvarets og NATOs forventninger til medlemslandenes motstandskraft. NATO stiller krav til medlemsstatene om militær beredskap og kampkraft, og sivil beredskap og motstandsdyktighet. NATO har siden invasjonen av Ukraina i 2014 revitalisert arbeidet med sivil motstandsdyktighet og betydningen dette har for militær forsvarsevne og troverdig avskrekking. NATO understreker også at sivil beredskap og sivil motstandskraft skal sikre opprettholdelsen av grunnleggende samfunnsfunksjoner, trygge befolkningen og sikre statenes økonomiske fundament.

NATO har definert syv grunnleggende forventninger («Seven baseline requirements») for sivil beredskap. De representerer sivile, grunnleggende samfunnsfunksjoner som må fungere for at staten og samfunnet skal ha motstandskraft til å håndtere både normalsituasjoner og krise- og krigssituasjoner. De syv grunnleggende funksjonene kan ses på som fundamenter som alle andre samfunnsfunksjoner hviler på og er avhengige av for å kunne fungere. De syv funksjonene er formulert slik:

1. Sikkerhet for kontinuitet i nasjonale styringssystemer og kritiske offentlige tjenester
2. Robust energiforsyning
3. Evne til å håndtere ukontrollerte forflytninger av mennesker
4. Robust mat- og vannforsyning
5. Evne til å håndtere masseskader
6. Robuste kommunikasjonssystemer
7. Robuste transportsystemer

Det Nordatlantiske Råd (NAC) vedtok 13. juni 2023 nye mål for motstandsdyktighet på tvers av de syv grunnleggende forventningene som skal bidra til å redusere sårbarhet og sikre at militære styrker kan operere effektivt i fred, krise og krig. Der uttrykkes det blant annet en forventning om at medlemslandene arbeider for økt sivil motstandskraft, med bakgrunn i den rollen innbyggere og privat sektor spiller for nasjonal motstandskraft, militær kampkraft og troverdig avskrekking.

Erfaringene fra koronapandemien

I mars 2020 innførte Norge og de fleste land i verden de mest omfattende tiltakene siden andre verdenskrig for å beskytte liv og helse. Dette ble etterfulgt av omfattende tiltak for å beskytte økonomien.

Koronapandemien viste hvor sårbare Norge og andre land var for en langvarig helsekrise som rammet hele samfunnet. Koronapandemien var en krise med flere særtrekk som satte det norske krisehåndteringssystemet og samfunnet under press. Krisen var grenseoverskridende med en global opprinnelse og dynamikk. Den vokste frem over tid, men var langvarig med flere akutte faser. Krisen var sektorovergripende, og rammet store deler av samfunnet. Den medførte en stor belastning på helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, både tjenestene som sådan og personellet som arbeidet innenfor tjenesten.

Koronapandemien viste viktigheten av et godt og dekkende smittevern- og helseberedskapsregelverk som kan håndtere svært alvorlige hendelser, kriser og uforutsigbare situasjoner. Under pandemien tok regjeringen i bruk flere inngripende fullmaktsbestemmelser i smittevernloven og helseberedskapsloven. Dette nødvendiggjør blant annet vurderinger av hva som er en hensiktsmessig regulering av forholdet mellom regjeringen som utøvende myndighet og Stortinget som lovgivende myndighet.

Behov for revisjon av helseberedskapsloven

Særlig de senere års endret sikkerhets- og beredskapssituasjon og erfaringene fra koronapandemien taler for at det er behov for revisjon av helseberedskapsloven. Når det gjelder revisjon av smittevernloven viser departementet til høringsnotatet om ny smittevernlov som ble sent ut samtidig med dette høringsnotatet.

Det overordnede inntrykket etter pandemien er at regelverket har fungert godt. Både Koronakommisjonen og Koronautvalget har imidlertid påpekt en rekke uklarheter eller svakheter ved regelverket og anbefalt en gjennomgang av både helseberedskapsloven og smittevernloven. Dette knytter seg blant annet til lovenes fullmaktsbestemmelser som hjemler inngripende tiltak, og som også inneholder beredskaps- eller nødrettsbestemmelser som gir adgang til å gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold, og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning.

Også Stortinget har gjennom anmodningsvedtak bedt om at det gjøres en regelverksrevisjon, jf. Vedtak nr. 84, 17. november 2020, truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:109 S (2019–2020), jf. Innst. 56 S (2020–2021):

«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig revisjon av smittevernloven etter at koronakommisjonen har levert sin rapport.»

Regjeringen redegjorde i Prop. 1 S (2023-2024) for at oppfølging av anmodningsvedtaket ville bli sett i sammenheng med Koronakommisjonens to delrapporter, NOU 2021: 6

Myndighetenes håndtering av koronapandemien og NOU 2022: 5 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*. Det ble presisert at oppfølgingen også måtte sees i sammenheng med Koronautvalgets arbeid som leverte sin rapport i form av NOU 2023: 16 *Evaluerings av pandemihåndteringen – rapport fra Koronautvalget*. Videre ble det vist til at det i arbeidet også ville bli sett hen til flere relevante stortingsmeldinger, blant annet regjeringens stortingsmelding om folkehelsepolitikken (Meld. St. 15 (2022–2023)) og stortingsmelding om helseberedskap. Også enkelte andre NOUer og stortingsmeldinger har inngått i grunnlaget for departementets evaluering og revisjon av smittevernloven og helseberedskapsloven. Regjeringen uttalte at forslag til endringer i smittevernloven, helseberedskapsloven og andre relevante lover ville bli sendt på høring.

2 Høringsnotatets disponering og hovedinnhold

I høringsnotatets *kapittel 3* gis det en fremstilling av hvordan helseberedskapen i Norge er organisert. Det beskrives også enkelte internasjonale avtaler og samarbeid av særlig betydning for helseberedskap. I *kapittel 4* er det inntatt en kort omtale av flere sentrale nasjonale dokumenter i form av blant annet stortingsmeldinger, NOUer og arbeidsgrupperapporter som har vært av betydning for departementets arbeid med revisjon av henholdsvis helseberedskapsloven og smittevernloven. Relevante vurderinger og forslag fra disse dokumentene vil også bli nærmere omtalt i høringsnotatets øvrige kapitler der dette er særlig relevant.

Det gis en oversikt over helse- og omsorgstjenestelovgivningen, helseberedskapsloven og annen beredskapslovgivning i høringsnotatets *kapittel 5*. Formålet med en slik beskrivelse er å påpeke de sammenhenger og avhengigheter det er mellom tjenestereguleringen i «normalsituasjonen» og i beredskapssituasjoner i form av kriser eller katastrofer i fredstid eller når riket er i krig eller når krig truer. Formålet er også å beskrive helseberedskapslovens plassering sammen med annen særlig relevant beredskapslovgivning. Tilsvarende gis det i *kapittel 6* en kort oversikt over hvordan helseberedskap er regulert i Danmark, Sverige og Finland.

Forholdet til Svalbard og personvernmessige konsekvenser av forslaget omtales i *kapittel 7*. Departementet foreslår å videreføre dagens regulering som innebærer at helseberedskapsloven skal gjelde for Svalbard, jf. § 8 i forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen. Selv om endringene som foreslås i ny helseberedskapslov kun innebærer beskjedne personvernkonsekvenser sammenlignet med dagens lov, foreslår departementet å lovfeste en egen bestemmelse for å presisere adgangen til å behandle personopplysninger.

Konstitusjonelle og folkerettslige regler har betydning for hva slags helseberedskapsregelverk som kan fastsettes, hvem som kan fastsette slikt regelverk og hvordan fastsatt regelverk kan og skal praktiseres eller håndheves. I *kapittel 8* gis det en overordnet gjennomgang av de sentrale konstitusjonelle og folkerettslige rammer og krav. Fremstillingen er ikke ment å være uttømmende. Hensikten er primært å gi en kort fremstilling av regelverk som fremstår som særlig sentralt å vurdere eller hensynta både ved utforming og anvendelse av de fullmakter som følger av helseberedskapsloven. I tilknytning til høringsnotatets diskusjon om konkrete bestemmelser i forslaget til ny helseberedskapslov, vil utvalgte deler av slikt regelverk bli redegjort for og vurdert mer konkret.

I høringsnotatets *kapittel 9* redegjøres det for helseberedskapslovens forhistorie og behovet for å revidere gjeldende lov. Det redegjøres for forhistorien til helseberedskapsloven av 1955 og utviklingen derfra frem mot det som da ble forslag til gjeldende helseberedskapslov av 2000, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) *Om lov om helsemessig og sosial beredskap*. I *kapittel 10* diskuteres enkelte spørsmål knyttet til lovstruktur. Departementet foreslår å videreføre helseberedskapsloven som en egen sektorlov for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, fremfor samordning med eller

inkorporering i andre beredskapslover. Det vurderes også som hensiktsmessig at det i høringsnotatet utarbeides et helhetlig forslag til ny lov, fremfor å kun foreslå endringer i eksisterende lov. Dette gjøres primært for å synliggjøre den helhetlige vurderingen som er gjort av dagens regulering. Departementet vil blant annet på bakgrunn av høringsinstansenes innspill ta endelig stilling til om endringene skal fremmes gjennom forslag til en ny helseberedskapslov eller om det kun skal foreslås endringer i gjeldende lov.

I *kapittel 11* redegjør departementet for hovedmål, prioriteringer og funksjonelle krav ved helse- og omsorgsberedskapen. På bakgrunn av dette foreslår departementet å videreføre lovens formålsbestemmelse, men med enkelte endringer for å synliggjøre at lovens formål om å verne befolkningens liv og helse også vil gjelde før en krise, katastrofe eller væpnet konflikt har inntrådt eller følgene av en krise har materialisert seg. Det foreslås også enkelte endringer for å synliggjøre at lovens formål også skal være å bidra til å sikre at virksomhetene er motstandsdyktige og best mulig forberedt på kriser, katastrofer eller krig som kan oppstå og for å synliggjøre at loven også skal legge til rette for fleksibilitet og økt evne til omstillinger eller prioriteringer som er nødvendige for å bidra til å sikre at virksomhetenes evne og kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig. Lovens stedlige og saklige virkeområde foreslås videreført med enkelte mindre endringer.

I *kapittel 12 og kapittel 13* foreslår departementet å videreføre dagens lovregulering av ansvarsprinsippet i helseberedskapsloven. Når det gjelder øvrige beredskapsprinsipper, herunder likhetsprinsippet, nærhetsprinsippet og samvirkeprinsippet, foreslås det at disse fortsatt ikke skal reguleres i loven.

I *kapittel 14* vurderer departementet lovens regulering av forberedende beredskapstiltak, herunder planplikt. Departementet foreslår å videreføre innholdet i loven § 2-2 om planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid. Det foreslås også å videreføre innholdet i loven § 2-3 om varsel og rapportering. Etter departementets vurdering synes lovbestemmelsene i all hovedsak å ivareta det som bør fremgå på lovs nivå. Ytterligere detaljering og presisering av regelverket på dette området bør i så fall primært skje gjennom forskrifter, og da først og fremst forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsforskriften). Departementet vil senere utrede behov for endringer i forskriften og forslag til eventuelle endringer vil i så fall bli sendt på ordinær høring.

I kapittelet diskuteres også en rekke andre tiltak som særlig vil ha betydning for å skaffe oversikt over personell som kan mobiliseres i krise. Departementet foreslår per nå å ikke lovfeste opprettelse av et permanent register over personell som kan mobiliseres eller omdisponeres i krise. Det foreslås imidlertid at Helsedirektoratet, i samarbeid med andre relevante etater, skal gis i oppdrag å utrede hvordan en koordinerende enhet for samarbeid mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene kan opprettes som en permanent ordning som iverksettes i beredskapssituasjoner. Det redegjøres videre for at departementet tar sikte på å starte et arbeid med å utvide ordningen med studentlisens til

flere grupper på permanent basis ved endring i forskrift 21. desember 2000 nr. 1379 om lisens til helsepersonell. Det understrekes at samarbeid med frivillige bør videreutvikles og integreres tettere i beredskapsarbeid og at det ved en eventuell revisjon av helseberedskapsforskriften vil bli vurdert om det i forskriften skal innføres en plikt til å integrere frivillige organisasjonene i planverk og øvelser eller om slik integrering kan sikres på andre måter.

Beredskapsregistre kan opprettes med hjemmel i helseberedskapsloven § 2-4. I *kapittel 15* foreslår departementet enkelte lovtekniske presiseringer i bestemmelsen og klargjøringer i forarbeidene som vil bidra til å fjerne uklarheter om opprettelse og bruk av beredskapsregistre. Formålet med endringene er å gjøre arbeid med beredskapsregister raskere og mer hensiktsmessig slik at registrene bedre sikrer nødvendig og relevant kunnskap i kriser. Videre foreslås det at også Direktoratet for medisinske produkter skal kunne opprette beredskapsregistre og det foreslås særskilt hjemmel for opprettelse av beredskapsregistre ved beredskapsøvelser. Smittevernloven § 2-2 åttende ledd om utbrudsregistre foreslås endret for å avklare forholdet mellom denne bestemmelsen og helseberedskapsloven § 2-4.

I *kapittel 16* vurderer departementet helseberedskapsloven § 1-5 som oppstiller vilkårene for å anvende lovens fullmaktsbestemmelser. Departementet foreslår å videreføre ordningen med en egen bestemmelse som må være oppfylt før lovens fullmaktsbestemmelser kan anvendes. Det foreslås å tydeliggjøre i loven at fullmaktsbestemmelsen kan anvendes også ved kommende kriser eller katastrofer i fredstid for å forebygge konsekvensene av denne og at Kongen i statsråd må beslutte at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes ved kriser og katastrofer i fredstid. I dag er dette etter bestemmelsens ordlyd lagt til Kongen. Videre foreslås å utvide perioden det kan besluttes å utløse fullmaktsbestemmelsene fra en til tre måneder. Samtidig foreslås det å oppheve departementets adgang til å hastebeslutte at fullmaktsbestemmelsene skal kunne anvendes «ved kriser og katastrofer i fredstid». Slike potensielt inngripende beslutninger bør tas av Kongen i Statsråd, jf. særlig Grunnloven § 28 om «saker av viktighet». Når det gjelder situasjoner ved «krig eller når krig truer» foreslås det å videreføre ordningen med at fullmaktsbestemmelsene vil kunne anvendes uten forutgående behandling av Kongen i Statsråd, samtidig som Grunnloven § 28 også her vil kunne kreve at konkrete beslutninger om hvordan fullmaktsbestemmelsene skal anvendes vil måtte besluttes av Kongen i statsråd. Det foreslås ikke lovfesting av en særskilt meddelelsesplikt overfor Stortinget ved beslutning om å anvende fullmaktsbestemmelsene. Se imidlertid høringsnotatets kapittel 23 hvor det foreslås slik meddelelsesplikt dersom det besluttes å fravike lov ved forskrift.

Departementet foreslår at fullmaktshjemlene knyttet til beslutninger om endringer i den normale ansvars-, oppgave- og ressursfordelingen, jf. helseberedskapsloven § 5-1, i all hovedsak videreføres, jf. høringsnotatet *kapittel 17*. Departementet foreslår at lovens kapittel 5 deles slik at dagens §§ 5-2 og 5-3 om omlegging av tjenesten og omsetningsrestriksjoner videreføres i nytt kapittel 6 i lovforslaget, men at bestemmelsene i all hovedsak videreføres, jf. høringsnotatet *kapittel 18*.

Lovens fullmaktshjemler knyttet til beslutninger om tjenesteplikt og beordring, jf. helseberedskapsloven § 4-1 og § 4-2, vurderes i høringsnotatets *kapittel 19*.

Departementet foreslår i all hovedsak å videreføre innholdet i helseberedskapslovens bestemmelser i forslag til ny lov. Departementet foreslår imidlertid enkelte mindre endringer ved at øvre aldersgrense for hvem som kan pålegges tjenesteplikt og beordring endres fra 65 år til 72 år. Videre presiseres det at pålegg om tjenesteplikt eller beordring heller ikke skal kunne gis til personer med vesentlig og varig nedsatt arbeidsevne som følge av helsesituasjon eller nedsatt funksjonsevne og det foreslås en begrepsmessig endring i form av at begrepet «funksjonshemmet» erstattes med begrepet «person med funksjonsnedsettelse». Av kapitlet fremgår videre at departementet vil be Helsedirektoratet om å utarbeide en plan til bruk ved behov for beordring av helsepersonell.

I høringsnotatet *kapittel 20* og *kapittel 21* vurderes om det i helseberedskapsloven bør innføres særskilte fullmaktshjemler som åpner for at det ved fremtidige pandemier eller andre større helsekriser, på nærmere vilkår kan besluttes unntak fra henholdsvis pensjonslovgivningen for alderspensjonister eller utdanningsstøtteregulverket for studenter, når disse frivillig eller etter beordring arbeider med helse- og omsorgstjenestens håndtering av en helsekrise. Departementet mener det ikke er grunn til å foreslå særskilte fullmaktsbestemmelser om dette, men at det i en fremtidig helsekrise med behov for å mobilisere alderspensjonister eller studenter vil være mest hensiktsmessig med en ordinær lovprosess for å beslutte nødvendige lovendringer tilpasset den konkrete krise man da står i.

Helseberedskapslovens fullmaktshjemler knyttet til beslutninger om rekvisisjon, jf. loven §§ 3-1 til 3-5, vurderes i *kapittel 22*. Departementet foreslår at innholdet i dagens bestemmelser i all hovedsak videreføres. Det foreslås imidlertid innført en særskilt adgang til å beslutte rekvisisjon av teknisk utstyr og kjemikalier fra produsenter eller leverandører som er nødvendig for å kunne produsere rent drikkevann til befolkningen.

I høringsnotatets *kapittel 23* foreslår departementet at dagens § 6-2 andre ledd endres og videreføres i nytt kapittel 7 i ny lov. Dagens åpning for å forskriftsfeste fravikelse av bestemmelser innenfor «gjeldende helse- og sosiallovgivning» videreføres, men formuleres i ny lov som «helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen». Inngangsvilkåret i loven § 1-5 må fortsatt være oppfylt. Muligheten til å fravike lovbestemmelser om «drift, organisering og ansvarsforhold», foreslås utvidet slik at det også åpnes for å fravike tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter i lov. Utover dette foreslås det at ny lovregulering skal inneholde følgende elementer:

- Fastsettelse av midlertidige forskrifter som fraviker lov, kan bare skje dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling («fare ved opphold»)
- Forskrifter som fraviker lov, kan ikke fastsettes dersom helsekrisen kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning
- Forskrifter som fraviker lov, skal vedtas av Kongen i statsråd

- Det stilles krav til i hvilke situasjoner og med hvilket formål det skal være adgang til å fravike lov. Dette kan bare gjøres dersom dette er nødvendig for å
 - ivareta befolkningens liv og helse eller
 - bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen
- Fravikelse av lov skal være forholdsmessig. I forholdsmessighetsvurderingen skal blant annet hensynet til barns beste og andre samfunnsmessige konsekvenser vurderes og avveies
- Det lovfestes at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende. Dette innebærer at:
 - beslutning om å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, skal snarest mulig etter vedtak av Kongen i statsråd meddeles Stortinget
 - regjeringen skal så snart som mulig legge frem lovforslag om bestemmelsene dersom de ikke er opphevet innen 30 dager
 - bestemmelsene kan oppheves av Kongen og Stortinget
 - dersom bestemmelsene ikke tidligere er opphevet, faller de bort ved oppløsning av det første ordentlige Storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt og
 - Stortinget skal øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis
- Fravikelse av lov skal ikke innskrenke ordinær domstolskontroll. Det presiseres at ved prøving av vedtak kan retten prøve alle sider av saken
- Det foreslås ikke å «ramme inn» bestemmelsen ved å lovfeste en liste over hvilke konkrete lover som det skal være adgang til å fravike og det foreslås heller ikke å lovfeste krav om å gjennomføre høring før fastsettelse av forskrift som fraviker lov. I henhold til eksisterende lovverk skal dette gjennomføres dersom det sett hen til situasjonens alvorlighet og graden av hast er mulig og hensiktsmessig

Departementet ber i tillegg om høringsinstansenes syn på følgende alternative forslag:

1. I helseberedskapsloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».
2. Det presiseres i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men dette lovfestes ikke.

I *kapittel 24* foreslår departementet å lovfeste hjemmel for at myndighetene kan pålegge innenlandsk massemedium å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av den, dersom dette er nødvendig for å gi befolkningen informasjon av betydning for å håndtere en helseberedskapshendelse. Det presiseres at pålegget kan stille krav til plassering, hyppighet og i hvilket tidsrom den skal vises. Det foreslås videre at også samferdselsaktører skal kunne pålegges å gi slik informasjon.

Departementet har vurdert om det er behov for endringer i helsepersonelloven § 5 som regulerer helsepersonells adgang til bruk av medhjelpere, jf. høringsnotatet *kapittel 25*. Sentralt i denne vurderingen har vært hvorvidt dagens regulering hindrer bruk av medhjelpere i helsekriser hvor det kan være behov for mobilisering av ekstrapersonell. Slik departementet vurderer det innebærer imidlertid dagens regulering en effektiv og hensiktsmessig adgang for helsepersonell til å bruke medhjelpere innenfor de kravene som

må stilles til tilsyn og kontroll ved bruk av slikt personell. Departementet foreslår derfor ikke endringer i bestemmelsen.

Departementet foreslår i *kapittel 26* å videreføre dagens regulering i loven § 6-1 om hvordan utgifter ved påbud etter lovens fullmaktshjemler i §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2 skal finansieres. Departementet foreslår videre at innholdet i § 6-2 første ledd om adgang til å gi forskrifter, § 6-3 om forholdet til forvaltningsloven, § 6-4 om rettsvirkninger ved å ikke etterkomme pålegg etter loven og § 6-5 om straff, i all hovedsak videreføres, men med enkelte mindre tekniske justeringer og presiseringer. Lovforslagets ikrafttredelses- og overgangsbestemmelser omtales i også høringsnotatets *kapittel 26*. Når det gjelder gjeldende § 6-2 andre ledd om forskrifter som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning, foreslås det som nevnt i høringsnotatet *kapittel 23* at denne oppheves og erstattes av regulering som inntas i nytt *kapittel 7* i forslag til ny lov.

Økonomiske og administrative konsekvenser av forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap er redegjort for i høringsnotatets *kapittel 27*. Spesielle merknader til lovforslaget er inntatt i *kapittel 28*, mens selve lovforslaget er inntatt i *kapittel 29*.

3 Organisering av helseberedskapen i Norge – internasjonale avtaler og samarbeid

3.1 Samfunnssikkerhet, beredskap og beredskapsprinsipper

Samfunnssikkerhet handler om samfunnets evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner og setter liv og helse i fare. Slike hendelser kan være utløst av naturen, være et utslag av tekniske eller menneskelige feil eller bevisste handlinger, jf. NOU 2023: 16 *Evaluerings av pandemihåndteringen*, boks 7.1, med henvisning til Meld. St. 5 (2020-2021) *Samfunnssikkerhet i en usikker verden*. I forskrift 1. september 2017 nr. 1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet (samfunnssikkerhetsinstruksen), presiseres kravene til departementenes arbeid med samfunnssikkerhet. Formålet med instruksen er å styrke samfunnets evne til å forebygge kriser og til å håndtere alvorlige hendelser gjennom et helhetlig og koordinert arbeid med samfunnssikkerhet.

Beredskap er en vesentlig del av samfunnssikkerheten vår. Beredskap handler om å være forberedt på å håndtere uventete hendelser av ulik størrelse. Beredskapen skal kunne møte både avgrensede akutte hendelser og større kriser som trekker ut i tid. Med en krise menes ofte en brå hendelse eller situasjon som gradvis bygger seg opp, og som kan true liv, helse, miljø eller andre viktige samfunnsverdier. Ved håndtering av kriser kan det særlig i den tidlige fasen av en krise, være stor usikkerhet knyttet til status, hendelsesforløp og forventet utvikling. Beslutninger må derfor ofte treffes på manglende eller mangelfullt grunnlag.

Denne usikkerheten gjør at det ikke er mulig å planlegge i detalj alle aktiviteter som er nødvendige i krisehåndtering. Det er derfor viktig at man på forhånd analyserer hvilke typer kriser som kan oppstå, og avklarer hva som kan forebygges på forhånd for bedre å kunne håndtere krisen dersom den oppstår, jf. NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, pkt. 5.1.

For å etablere god beredskap er det avgjørende å ha kunnskap om de verdiene man forvalter, og hvilke typer kriser som kan inntreffe. Å lage en risiko- og sårbarhetsanalyse innebærer å identifisere hvilke kriser eller uønskete hendelser som kan oppstå, og risikoene og sårbarhetene som er forbundet med disse hendelsene. Hensikten med risiko- og sårbarhetsanalyser er todelt: for det første å lage et kunnskapsgrunnlag slik at man kan gjennomføre tiltak for å unngå krise, og for det andre å kunne redusere konsekvensene av en krise om den likevel skulle oppstå, jf. NOU 2021: 6, pkt. 5.1.2

I henhold til Samfunnssikkerhetsinstruksen del III er det i Norge fire grunnleggende prinsipper for beredskap og krisehåndtering, se også NOU 2021: 6, punkt 5.1.1 og NOU 2023: 16, punkt 7.2. *Ansvarsprinsippet* innebærer at den som har ansvar for et område, også har ansvaret for forebygging, beredskapsforberedelser og for den utøvende tjenesten eller virksomheten med iverksetting av nødvendige tiltak ved kriser. En krise vil kunne gå på tvers av sektorer og involvere flere forvaltningsnivåer. Ansvarsprinsippet innebærer et ansvar for samordning overfor aktører med tilstøtende ansvarsområder.

Likhetsprinsippet betyr at den organisasjonen man opererer med under kriser skal være mest mulig lik den organisasjonen man har til daglig. Ved større, komplekse kriser, kan man likevel etablere en egen, forsterket kriseorganisasjon.

Begrunnelsene for både ansvarsprinsippet og likhetsprinsippet har store likhetstrekk: Den organisasjonen og det personellet som har ansvaret til daglig, er de som best ivaretar ansvaret i krise. På samme måte er tanken at det er effektivt å benytte de samme styringslinjene og samarbeidspartnerne i kriser som en kjenner gjennom daglig virksomhet.

Nærhetsprinsippet innebærer at kriser skal håndteres på lavest mulig effektive organisatorisk og geografisk nivå. De som for eksempel er geografisk nærmest en hendelse, er også de som har lokalkunnskapen og nære ressurser til å håndtere hendelsen. Visse typer av større og komplekse kriser kan likevel gi behov for en krisehåndtering som i større grad involverer sentralt nivå.

Samvirkeprinsippet ble i 2012 lagt til som et fjerde prinsipp for krisehåndtering for å styrke samordning og samarbeid mellom sektorer og andre beredskapsaktører. Prinsippet betyr at myndigheter, virksomheter, eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med andre relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

De fire beredskapsprinsippene er omforent i forvaltningen og utgjør et viktig felles premiss for arbeidet og samhandlingen mellom beredskapsmyndighetene.

Ansvarsprinsippet er i dag lovfestet i helseberedskapsloven, mens de tre andre beredskapsprinsippene er hjemlet i samfunnssikkerhetsinstruksen.

3.2 Sentral krisehåndtering – ansvar og organisering

I NOU 2023: 16 er det i kapittel 10 inntatt en utfyllende beskrivelse av den sentrale krisehåndteringen, herunder hvordan denne er organisert og hvordan ansvar og oppgaver er fordelt mellom de ulike aktørene. Den videre redegjørelsen er i hovedsak en forkortet versjon av utvalgets beskrivelse. Redegjørelse for den sentrale krisehåndteringen er relevant for å forstå hvordan den nasjonale helseberedskapen er organisert og hvordan ansvar og oppgaver er fordelt mellom de ulike aktørene innenfor denne sektoren, jf. punkt 3.3.

Regjeringen

Regjeringen er det øverste utøvende og politiske ansvarsnivået i håndteringen av nasjonale kriser. Statsministeren leder og samordner regjeringens arbeid både i ordinære tider og under kriser. Statsministerens kontor (SMK) bistår statsministeren i dette arbeidet, og SMKs mest sentrale oppgaver er å forberede, gjennomføre og følge opp beslutninger i regjeringsskonferanser og i statsråd. Regjeringsskonferanser er regjeringens sentrale arena for å drøfte saker. Det blir ikke truffet formelle beslutninger i disse konferansene, men konklusjonene er politisk bindende for regjeringens medlemmer. Den formelle

beslutningsmyndigheten ligger hos hvert enkelt fagdepartement, eller hos Kongen i statsråd.

Regjeringens sikkerhetsutvalg (RSU) ledes av statsministeren og er regjeringens øverste organ for å diskutere og ta beslutninger i viktige sikkerhets- og beredskapsspørsmål. Sikkerhetsutvalgets faste medlemmer er statsministeren, finansministeren og statsrådene fra Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet og Utenriksdepartementet. Dersom statsministeren ønsker det, kan en sak bli behandlet i RSU i stedet for å bli behandlet i plenum i regjeringen. I noen tilfeller kan det følge av Grunnloven, lovgivning eller beslutningsreglementet at beslutninger skal treffes av Kongen i statsråd.

Kriserådet

Kriserådet er det øverste administrative koordineringsorganet på departementsnivå, og skal bidra til god og koordinert saksfremstilling for regjeringen og sikre at aktuelle beredskapssaker får nødvendig oppmerksomhet og blir håndtert. Kriserådets funksjon er beskrevet i samfunnssikkerhetsinstruksens kapittel VIII.

Rådet har seks faste medlemmer: regjeringsråden ved SMK og departementsrådene i henholdsvis Justis- og beredskapsdepartementet, Utenriksdepartementet, Forsvarsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet. Kriserådet har fullmakt fra regjeringen til å beslutte hvilket departement som skal være lederdepartement i en bestemt krise, jf. nedenfor.

Kriserådet benyttes også utover håndtering av kriser og større hendelser ved at det er etablert en ordning med administrative møter. Hensikten med møtene er å drøfte og forankre overordnede beredskaps- og krisehåndteringsutfordringer og gjennomgå relevante hendelser og øvelser.

Krisestøtteenheten og det sivile situasjonssenteret

Krisestøtteenheten (KSE) er administrativt organisert som en seksjon i Justis- og beredskapsdepartementet, og er fast sekretariat for Kriserådet. KSE understøtter Justis- og beredskapsdepartementets samordningsrolle på samfunnssikkerhets- og beredskapsområdet. Det sivile situasjonssenteret er organisert som en del av KSE, og er fast kontaktpunkt for informasjon til og fra Justis- og beredskapsdepartementet ved ekstraordinære hendelser og kriser.

Lederdepartement

Justis- og beredskapsdepartementet skal ved sivile nasjonale kriser være fast lederdepartement. Lederdepartementet har ansvaret for å koordinere og samordne håndteringen av en krise på departementsnivå, og de konkrete oppgavene og funksjonene det er tiltenkt i krisehåndteringen er beskrevet i samfunnssikkerhetsinstruksen. Justis- og beredskapsdepartementet har et nasjonalt samordningsansvar for forebygging og beredskap på samfunnssikkerhetsområdet, og et sektoransvar for hovedtyngden av de sivile rednings- og beredskapsressursene i Norge.

Departementene

Departementene har etter ansvarsprinsippet et selvstendig ansvar for arbeid med forebygging, beredskap og krisehåndtering innenfor sin sektor. De fleste utfordringer innenfor samfunnssikkerhet går imidlertid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer, og det er fremhevet i samfunnssikkerhetsinstruksen at statsrådets konstitusjonelle ansvar og ansvarsprinsippet ikke står i veien for hensiktsmessig samordning. Departementene skal ved kriser innhente situasjonsrapporter fra egne operative virksomheter, typisk underliggende virksomheter, og identifisere og treffe beslutninger om nødvendige tiltak innenfor eget ansvarsområde for å håndtere den aktuelle situasjonen. Videre skal det enkelte fagdepartement utarbeide beslutningsgrunnlag og legge til rette for overordnede politiske avklaringer der det er nødvendig.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) er underlagt Justis- og beredskapsdepartementet. På vegne av departementet er DSB fag-, forvaltnings- og tilsynsorgan på sentrale deler av beredskaps- og samfunnssikkerhetsområdet. DSB har som en del av sitt oppdrag å støtte Justis- og beredskapsdepartementet i deres samordningsrolle. DSB har også ansvar for embetsstyringen av statsforvalterne på samfunnssikkerhetsområdet, og gir føringer for statsforvalternes veiledning og tilsyn med kommunal beredskapsplikt.

Statsforvalteren og Sysselmesteren

Statsforvalteren er administrativt underlagt Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet, men utfører oppgaver for en rekke departementer og direktorater. Departementene har direkte faglig instruksjonsmyndighet innenfor sine saksområder overfor statsforvalteren. Statsforvalterens samordningsrolle innenfor samfunnssikkerhet og ansvar ved håndtering av uønskede hendelser er beskrevet i forskrift 19. juni 2015 nr. 703 Instruks for statsforvalteren og Sysselmesteren på Svalbard sitt arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering. Statsforvalteren skal i kriser samordne den sivile krisehåndteringen og sivile og militære myndigheter på regionalt nivå. Statsforvalteren har også en viktig funksjon i å samordne tiltak og krav fra sentrale myndigheter overfor kommunene, også i kriser.

Kommunene

Kommunene har etter forskrift 22. august 2011 nr. 894 om kommunal beredskapsplikt, blant annet ansvar for å være forberedt på å håndtere uønskede hendelser, yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner og skal med utgangspunkt i en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse utarbeide en overordnet beredskapsplan. Det skal gjennomføres øvelser med grunnlag i beredskapsplanen hvert annet år.

3.3 Nasjonal helseberedskap

Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har det nasjonale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten, folkehelseområdet inkludert smittevern- og pandemiberedskap, miljørettet helsevern, strålevern og atomberedskap/-sikkerhet, mattrygghet og drikkevann. I tråd med ansvarsprinsippet har departementet ansvar for sikkerhet, beredskap og krisehåndtering for disse områdene. Helseberedskapen er en del av totalforsvaret i Norge. Målsettingen for helseberedskap er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og omsorgstjenester i krise og krig.

I henhold til Samfunnssikkerhetsinstruksen del IV første ledd skal departementenes arbeid med samfunnssikkerhet være basert på systematisk risikostyring og departementene skal kunne dokumentere sitt arbeid med blant annet risiko og sårbarhetsanalyser, sårbarhetsreducerende tiltak, utvikling og vedlikehold av planverk for håndtering av uønskede hendelser. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for de kritiske samfunnsfunksjonene helse og omsorg og vann og avløp. Innen arbeidet med nasjonal sikkerhet har departementet også ansvar for de grunnleggende nasjonale funksjonene helseberedskap, trygg vannforsyning og departementets virksomhet, handlefrihet og beslutningsdyktighet.

Nasjonal helseberedskapsplan, fastsatt 23. mai 2025, er det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektorens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Formålet med planen er at den skal legge til rette for at helse- og omsorgssektoren kan forebygge, håndtere og gjenopprette normalsituasjonen i forbindelse med hendelser langs hele krisespekteret, også krig. Planen klargjør ansvarsforhold og redegjør for prinsipper, samarbeid og hensyn som skal ivaretas i arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap i sektoren.

Nasjonal helseberedskapsplan bygger på vurderinger og forslag i Helseberedskapsmeldingen (Meld. St. 5 (2023-2024) En motstandsdyktig helseberedskap – fra pandemi til krig i Europa) som ble fremlagt 24. november 2023 og behandlet i Stortinget, jf. Innst. 220 S (2023-2024). I meldingen har regjeringen angitt retning for hvordan Norge skal være forberedt på å håndtere kriser som kan ramme helse- og omsorgssektoren. Økt motstandsdyktighet og fleksibilitet, styrket samarbeid med andre sektorer, næringsliv og frivillig sektor, tillit og en robust befolkning, og styrket internasjonalt samarbeid, er sentrale områder. I meldingen lanseres en ny modell for beredskapsarbeidet i helse- og omsorgssektoren som nå er implementert. For nærmere redegjørelse for Helseberedskapsmeldingen vises det til punkt 4.10.

Underliggende etater og foretak

En rekke underliggende etater har omfattende og viktige helseberedskapsoppgaver, både i det daglige og ved kriser. De mest sentrale etatene er Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, Direktoratet for medisinske produkter, Mattilsynet, Norsk helsenett SF og de fire statlige eide regionale

helseforetakene. Organiseringen av den sentrale helseforvaltningen ble endret innen noen områder fra 1. januar 2024, jf. nærmere omtale i punkt 4.3.7. I tråd med beredskapsprinsippene medfører organiseringen tilsvarende justeringer i etatenes og foretakenes helseberedskapsoppgaver.

De regionale helseforetakene, kommunene og fylkeskommunene

De fire statlig eide regionale helseforetakene, kommunene og fylkeskommunene skal sørge for at befolkningen tilbys henholdsvis spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelsetjenester og sosiale tjenester i det daglige og ved hendelser og kriser. Kommunene har også ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade ved å sørge for smittevern, miljørettet helsevern, trygt drikkevann og strålevern. Etter helseberedskapsloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, matloven og drikkevannsforskriften har de også plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de tjenestene de har ansvar for, herunder planer for innsatsfaktorer og kritisk infrastruktur de trenger for å yte tjenesten til daglig og i kriser. Planene skal også omfatte tjenester som etter lov, eller avtale, blir utført av private aktører som en del av tjenestene. Kommunene er også pålagt planplikt etter andre lover, og da spesielt sivilbeskyttelsesloven og enkelte andre sektorlover.

3.4 Internasjonale avtaler og samarbeid

Innledning

En rekke helsetrusler er grenseoverskridende. Norge deltar derfor i internasjonalt samarbeid om overvåking, varsling, analyse og tiltak for å forebygge, oppdage og håndtere hendelser, blant annet gjennom nordisk samarbeid og samarbeid med EU og WHO. I det videre gis en kort redegjørelse for sentrale elementer i Norges samarbeid i nordisk regi, EU og WHO. I tillegg deltar Norge ulike former for helse- og helseberedskapssamarbeid med blant annet Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA), NATO og OECD.

Nordisk samarbeid

Det nordiske helseberedskapssamarbeidet reguleres av nordisk helseberedskapsavtale undertegnet 14. juni 2002. Avtalen forplikter landene til å bistå hverandre så langt de kan i helseberedskapssituasjoner. Avtalen er også en paraply for nordisk samarbeid innenfor helseberedskap. De nordiske helseministrene signerte i mars 2022 en erklæring om økt helseberedskap i Norden. Erklæringen slår fast at de nordiske landene skal samarbeide for å styrke nordisk og europeisk helseberedskap, motstandsdyktighet og krisehåndtering. Dette vil de gjøre ved å blant annet «opprette en mekanisme for deling av situasjonsforståelse, effektivisere bistand ved hendelser og kriser, samt utvikle en infrastruktur for deling av helsedata.»

EU

Kriseberedskap er i utgangspunktet en nasjonal kompetanse i EU. EU-kommisjonen har likevel gjennom traktaten om Den europeiske unions virkemåte paragraf 168 mandat til å legge til rette for styrket samarbeid innen beredskap og kriserespons.

I september 2020 lanserte kommisjonspresident von der Leyen ambisjonen om EUs helseunion, et forsterket samarbeid på helseområdet for å styrke den europeiske helseberedskapen. Høsten 2021 ble *EUs myndighet for helsekriseberedskap og respons (HERA)* etablert. Innen utgangen av 2022 var ytterligere fire regelverk på helseberedskapsområdet vedtatt. I disse inngår HERAs særlige fullmakter for å sikre forsyning av medisinske mottiltak i en krise. I tillegg har europeisk samarbeid om alvorlige grensekryssende helsetrusler, EUs smittevernbyrå (ECDC) og EUs legemiddelbyrå (EMA) fått styrkede og utvidede mandater.

På bakgrunn av erfaringene fra pandemien har Regjeringen vedtatt at Norge skal søke deltakelse i EUs styrkede helseberedskapssamarbeid på så like vilkår som for medlemslandene som mulig. Det pågår nå forhandlinger mellom EU-kommisjonen og de tre EFTA/EØS-landene Norge, Island og Liechtenstein med formål å inngå avtale om slik deltakelse.

Under pandemien deltok Norge i *EUs krisehåndteringsmekanisme (IPCR)* hvor EUs medlemsstater diskuterte covid-19-situasjonen og koordinerte tiltak. Norge deltok videre i det løpende arbeidet i helsesikkerhetskomiteen og på politisk nivå i uformelle helseministtermøter. Deltakelse i EU-fora var en viktig kilde til kunnskapsgrunnlag for Norges håndtering av pandemien.

Videre kan land anmode om sivil bistand gjennom *EUs ordning for sivil beredskap, Union Civil Protection Mechanism (UCPM)*. UCPM er en etterspørselsdrevet bistandsordning beregnet for bruk i krisesituasjoner som overstiger de kapasitetene landene selv besitter. Land kan da anmode om sivil bistand gjennom UCPM, og så vil land som har ressurser å dele kunne tilby relevant hjelp.

Grenseforordningen av 9. mars 2016 ((EU) 2016/ 399) regulerer kontrollen med bevegelsen av personer over ytre og indre Schengen-grenser. Forordningen er gjennomført i grenseloven og gjort til norsk rett ved inkorporasjon i grenseloven § 8 nr. 1. Forordningens del II har bestemmelser om grensekontroll ved passering av ytre Schengen-grenser og om grenseovervåking langs Schengen-områdets yttergrense. Del III oppstiller regler om indre grensekontroll. *Forordning (EU) 2024/1717 om endringer i grenseforordningen* ble vedtatt i EU 13. juni 2024. Forordningen endrer Schengen-regelverket for bevegelsen av personer over indre og ytre Schengen-grenser, herunder reglene om grensekontroll og grenseovervåking. Endringsforordningen artikkel 21a gir Rådet myndighet til å fastsette en gjennomføringsrettsakt med felles innreisetiltak for Schengen-områdets *ytertergrense*. Bestemmelsen kommer til anvendelse ved storskala folkehelsekriser som er anerkjent av Kommisjonen etter innspill fra nasjonale helsemyndigheter. Tiltakene kan omfatte innreiserestriksjoner for tredjelandsborgere og midlertidige smitteverntiltak for alle reisende (helserelaterte restriksjoner som testing,

karantene og selvisolering) som er nødvendig for å beskytte folkehelsen i Schengen-området. Restriksjonene må være forholdsmessige og ikke-diskriminerende. Personer med rett til fri bevegelse og personer med oppholdstillatelse vil aldri kunne nektes innreise etter gjennomføringsrettsakten, og kan bare pålegges minimumssmitteverntiltak. Andre personer som foretar essensielle reiser (definert i liste A og B i nytt vedlegg XI) vil kun unntaksvis og for en strengt begrenset tidsperiode kunne nektes innreise.

Dersom medlemsstatene innfører strengere nasjonale innreisetiltak, skal disse ikke ha en negativ innvirkning på Schengen-områdets funksjon. Smitteverntiltak skal være i overenstemmelse med direktivet om fri personbevegelse (direktiv 2004/38/EF).

Ved en alvorlig trussel mot offentlig orden eller indre sikkerhet i en medlemsstat, kan *indre grensekontroll* unntaksvis gjeninnføres langs hele eller deler av den indre grensen. En slik alvorlig trussel kan stamme fra terrorhandlinger eller -trusler og trusler fra alvorlig organisert kriminalitet, storskala folkehelsekriser og store eller høyprofilerte internasjonale arrangement eller hendelser.

Stortinget samtykket 10. juni 2025 til godtakelse av endringsforordningen, jf. Prop. 123 LS (2024–2025) *Endringer i grenseloven og utlendingsloven mv. (gjennomføring av revidert grenseforordning) og samtykke til godtakelse av forordning (EU) 2024/1717 om endringer i grenseforordningen (videreutvikling av Schengen-regelverket)*.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

Medlemslandene har nylig fremforhandlet en revisjon av *Det internasjonale helsereglementet (IHR, 2005)*, som er et internasjonalt regelverk for å hindre internasjonal spredning av sykdom, jf. nærmere omtale i høringsnotatets punkt 5.16. Helsereglementet ble vedtatt på Verdens helseforsamling 1. juni 2024. Ved kongelig resolusjon 4. april 2025 har Norge sluttet seg til endringene. Helsereglementet etablerer spesifikke regler for samarbeid mellom partslandene og Verdens helseorganisasjon, og stiller høye og spesifikke krav til partslandenes grunnleggende smittevernkapasiteter. *Forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften)* gjennomfører deler av IHR (2005) i norsk rett og etablerer Folkehelseinstitutt som et nasjonalt IHR-kontaktpunkt. Dette kontaktpunktet skal være tilgjengelig på 24-timers basis for varsling til og kommunikasjon med WHO. Kontaktpunktet skal informere Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre relevante myndigheter om slik varsling og kommunikasjon.

Det pågår også forhandlinger om en ny, bindende internasjonal *avtale for forebygging og håndtering av pandemier*. Pandemiavtalen skal utfylle helsereglementet og bidra til en forbedring i lands kapasiteter til å forebygge og håndtere pandemier samt sikre økt likeverdighet i tilgang til medisinske mottiltak. Avtalen skal også bidra til en styrket kjede for utvikling av og tilgang på medisinske mottiltak, forbedret utveksling av informasjon om helsetrusler, forsterket samarbeid på tvers av humanhelse-, dyrehelse- og klimasektorene, og styrking av helsesystemer. Pandemiavtalen ble vedtatt av Verdens helseforsamling i mai 2025. Avtalen vil imidlertid først bli gjenstand for nasjonale ratifikasjonsprosesser og kunne tre i kraft når de nylig oppstartede forhandlingene om et

eget vedlegg til pandemiavtalen om tilgang til patogener og fordelssdeling som følge av dette (Access and Benefit sharing mechanism) er slutført.

4 Sentrale nasjonale dokumenter av betydning for regelverksarbeidet

4.1 Innledning

De siste årene er det utarbeidet en rekke stortingsmeldinger, offentlige utredninger, rapporter eller andre typer dokumenter som omhandler helseberedskaps- og smittevernarbeidet i Norge. Gjennom disse har regulering, organisering og utøvelse av smittevernarbeidet blitt belyst. Ikke minst har myndighetenes samlede håndtering av pandemien blitt grundig evaluert. I disse arbeidene har det blitt foreslått en rekke større eller mindre endringer i regelverket, men også endringer i hvordan man organiserer og utfører smittevernarbeidet og helseberedskapen.

I dette kapitlet gis det en oversikt over de mest sentrale av disse dokumentene. Utvalgte deler fra disse dokumentene vil bli grundigere redegjort for i tilknytning til departementets konkrete regelverksforslag.

4.2 NOU 2019: 13 Når krisen inntreffer

Beredskapshjemmelsutvalget ble oppnevnt for å vurdere om det også utenfor de tilfellene som reguleres av beredskapsloven, bør innføres en sektorovergripende fullmaktsbestemmelse som gir regjeringen hjemmel til midlertidig å supplere, og om nødvendig gjøre unntak fra, gjeldende lovgivning. Utvalget ble også bedt om å vurdere om det ved siden av dette bør utformes en hjemmel til midlertidig å suspendere enkeltpersoners lovfestede rettigheter, eventuelt modifisere hvordan rettighetene må oppfylles. Utvalget avga sin utredning *NOU 2019: 13 Når krisen inntreffer* 14. juni 2019.

Utvalget viser til at daglige kriser, ulykker o.l. bør håndteres av den alminnelige beredskapen. For ekstraordinære kriser, for eksempel krig, krigslignende tilstander eller andre situasjon hvor rikets sikkerhet eller statsstyret er truet og andre kriser som befinner seg i øvre deler av krisespekteret, har utvalget vurdert om ulike kategorier av kriser kan håndteres innenfor gjeldende regelverk, herunder beredskapsloven av 1950 eller annen sektorspesifikk beredskapslovgivning. I forlengelsen av dette har utvalget vurdert hvorvidt man for slike ekstraordinære krisesituasjoner har behov for en sektorovergripende fullmaktshjemmel og en suspensjonshjemmel for individuelle rettigheter. Basert på en gjennomgang og vurdering av ulike krisescenarioer, mener utvalget det kan være behov for en sektorovergripende fullmaktshjemmel og suspensjonshjemmel som gjør at myndighetene raskt kan sette i verk helt nødvendige, men inngripende, tiltak for å redusere et stort og alvorlig skadeomfang.

Utvalget har understreket den plikt utøvende myndigheter etter Grunnloven § 3 har til å handle når krisen inntreffer. I den grad nødvendige tiltak ikke har tilstrekkelig lovhjemmel og det ikke er tid til å vente på Stortingets behandling av lovforslag, vises det til at regjeringen enten vil måtte avstå fra å utøve sin handleplikt eller handle på grunnlag av ulovfestet nødrett.

Etter en vurdering av fordeler og ulemper ved en sektorovergripende krisefullmaktslov har utvalget kommet til at det er flere fordeler enn ulemper med en sektorovergripende fullmaktshjemmel, så lenge en slik fullmaktshjemmel inneholder stramme og konkrete skranker og vilkår for bruk. Det vises til at en sektorovergripende fullmaktshjemmel samtidig bør inkludere en hjemmel til å suspendere rettigheter gitt i annen lovgivning, slik at denne formen for suspensjon underlegges de samme prosessregler, og ikke overlates til ulovfestet nødrett alene. Utvalget understreker at en sektorovergripende fullmaktshjemmel bør inneholde klare materielle (innholdsmessige) og prosessuelle begrensninger. For å synliggjøre og lette tilgangen til hvilke begrensninger som følger med hjemmelen, har utvalget foreslått en egen krisefullmaktslov.

Den ekstraordinære krisesituasjonen bør være av alvorlig og kvalifisert karakter. Den må true kritiske samfunnsfunksjoner eller andre tungtveiende samfunnsinteresser og være forårsaket av en særlig alvorlig hendelse. En annen materiell begrensning av absolutt karakter er at hjemlene ikke kan omfatte en rett til å derogere fra, det vil si fravike, Grunnloven eller menneskerettigheter gitt i internasjonale konvensjoner som Norge har sluttet seg til og gjort til norsk lov.

De prosessuelle begrensningene som utvalget foreslår, innebærer for det første at beslutningen om å aktivere hjemmelen må treffes av Kongen i statsråd i form av en kriseforskrift. Behandling i statsråd sikrer at ikke noen av regjeringens statsråder i realiteten tar beslutninger uten at alle statsrådene er kjent med sakens alvor og hvilke virkemidler man ønsker å iverksette. Statsrådsbehandling sikrer videre at det må utarbeides skriftlig dokumentasjon for behovet for å aktivere hjemmelen i statsrådsforedraget.

Utvalget foreslår videre at regjeringen må legge frem kriseforskriften og begrunnelsene bak for Stortinget innen ti dager. Hvis slik konsultasjon ikke skjer innen fristen, vil forskriften automatisk falle bort. Det foreslås at Stortinget uansett kan oppheve regjeringens beslutning på et hvilket som helst tidspunkt med minst en tredjedel av stemmene.

Videre foreslås en ytterligere prosessuell begrensning, der kriseforskriften i høyden kan være virksom i seks måneder, selv om Stortinget er konsultert på behørig vis. Denne prosessuelle begrensningen er satt for å sikre et enda sterkere mindretallsvern, samt for å gjenopprette normaltilstanden med Stortinget som lovgiver. Skal tiltakene være virksomme utover seks måneder, må regjeringen skaffe seg ordinære lovhjemler i Stortinget, alternativt få gjennomslag for en egen unntakslov, i god tid før fristen løper ut.

4.3 NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen

Regjeringen nedsatte 24. april 2020 en uavhengig kommisjon for å gjennomgå og evaluere alle sider ved myndighetenes håndtering av koronapandemien. Kommisjonen har undersøkt relevante sider ved håndteringen av koronapandemien, og la frem sin rapport 14. april 2021.

Kommisjonens hovedbudskap er oppsummert i sytten punkter:

1. Myndighetenes håndtering av pandemien har samlet sett vært god.
2. Myndighetene visste at en pandemi var den nasjonale krisen som var mest sannsynlig, og som ville ha de mest negative konsekvensene. Likevel var de ikke forberedt da den omfattende og alvorlige covid-19-pandemien kom.
3. Regjeringen har i beredskapsarbeidet ikke tatt hensyn til hvordan risiko i én sektor avhenger av risikoen i andre sektorer.
4. Regjeringen visste at det var stor sannsynlighet for at det ville bli vanskelig å skaffe smittevernutstyr under en pandemi.
5. Kommisjonen vurderer at det var riktig å sette inn inngripende smitteverntiltak 12. mars 2020.
6. Beslutningene om å innføre de inngripende smitteverntiltakene 12. mars 2020 skulle vært truffet av regjeringen, ikke Helsedirektoratet.
7. I begynnelsen av koronapandemien forsikret ikke myndighetene seg om at smitteverntiltakene var i tråd med Grunnloven og menneskerettighetene.
8. Under covid-19-pandemien har norske myndigheter brukt smitteverntiltak i et omfang som ingen hadde forestilt seg eller planlagt for.
9. Kommisjonen mener myndighetene jevnlig må vurdere strategien for hvordan pandemien håndteres.
10. Det er en styrke at kommunene har et stort ansvar for smittevern i Norge.
11. Smittevernloven har vært et viktig verktøy i krisehåndteringen, men den bør revideres.
12. Myndighetene har samlet sett lyktes godt med kommunikasjonen ut til befolkningen.
13. Regjeringen manglet en plan for å håndtere importsmitte da det kom en ny smittebølge i Europa høsten 2020.
14. Alle er berørt av pandemien, men den har rammet skjevt.
15. Barn og unge bærer en stor byrde under pandemien, og konsekvensene kan vise seg å vare utover i livsløpet til dem som er unge i dag.
16. De økonomiske kostnadene ved pandemien blir høye.
17. Det er for tidlig å konkludere om de langsiktige konsekvensene av pandemien.

I tillegg til hovedbudskapene inneholder rapporten en lang rekke vurderinger og anbefalinger, samt også prinsipper som etter kommisjonens vurdering bør ligge til grunn for fremtidig regelverk eller konkrete forslag om regelverksendringer. Kommisjonens vurderinger knytter seg i hovedsak til smittevernloven og myndighetenes anvendelse av dette regelverket. Departementet legger imidlertid til grunn at en rekke av kommisjonens vurderinger og anbefalinger har overføringsverdi til en vurdering av også helseberedskapsloven. Det redegjøres derfor mer utdypende for enkelte av kommisjonens vurderinger og forslag til tiltak andre steder i høringsnotatet.

4.4 NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Rapport fra Koronakommisjonen

Etter at kommisjonen hadde levert sin første rapport 14. april 2021, jf. punkt 4.3. fortsatte kommisjonen med tilnærmet samme mandat. Kommisjonen avga sin andre rapport 26. april 2022.

Kommisjonen viser innledningsvis til at mange av funnene fra den første rapporten (NOU 2021: 6) har blitt forsterket gjennom arbeidet med den andre rapporten, samtidig som kommisjonen også har gjort flere nye funn. Kommisjonen trekker frem følgende sentrale funn:

- Landets befolkning og norske myndigheter har samlet sett håndtert pandemien godt. Norge er blant de landene i Europa som har hatt lavest dødelighet, lavest tiltaksbyrde og minst reduksjon i økonomisk aktivitet.
- En rekke enkeltpersoner har gjort en innsats langt utover det som kan forventes. I helsetjenesten, statsforvaltningen, kommunene og en rekke næringer er det utvist en imponerende omstillingsevne og fleksibilitet.
- Myndighetene var ikke tilstrekkelig forberedt til å kunne møte og håndtere en pandemi av et slikt alvor og omfang som den som rammet Norge og resten av verden.
- Pandemien medførte i perioder stor belastning på enkelte av landets intensivavdelinger. Intensivberedskapen på sykehusene var for dårlig da pandemien rammet Norge.
- Kommunelegefunksjonen var ikke godt nok rustet til å håndtere pandemien, og kommunelegene fikk en krevende arbeidssituasjon under pandemien.
- Regjeringen har utøvd sterk sentral styring av håndteringen av pandemien. Den har truffet beslutninger i så vel viktige saker, som små og avgrensede saker.
- Gjennom kreativitet og handlekraft lyktes myndighetene meget godt i arbeidet med å skaffe vaksiner til befolkningen. Prosessene viste imidlertid at systemene for å anskaffe vaksiner var sårbare. Norge var avhengig av velvilje og hjelp fra EU og enkeltland i Europa.
- Vaksineringen av befolkningen var vellykket og resulterte i en høy vaksineringsgrad. Regjeringen kunne likevel med en tidligere geografisk prioritering av vaksiner til områder med høyt smittetrykk, i større grad nådd egne mål om å ivareta helse og redusere forstyrrelser i samfunnet.
- For å begrense smitte ved innreise fra utlandet innførte myndighetene inngripende tiltak overfor enkeltpersoner. Tiltakene var preget av hastverk og stadige justeringer. Dette var krevende både for de som skulle utforme og iverksette tiltakene, og de som skulle etterleve dem.
- Myndighetenes kommunikasjon om pandemien, smitteverntiltak og vaksiner har vært god, og den har nådd fram til de fleste i befolkningen. Kommunikasjonen har bidratt til å skape tillit. Myndighetenes informasjon nådde imidlertid i varierende grad fram til innvandrerbefolkningen.
- Kommuneleger, kommuner, politiet på grensen og andre som skulle håndtere smitteverntiltak lokalt, fikk informasjon om nye anbefalinger og regler samtidig som resten av befolkningen, enten på pressekonferanser eller på regjeringens eller helsemyndighetenes hjemmesider. Dette bidro til å gjøre arbeidssituasjonen svært krevende for dem som skulle håndtere smittevernet lokalt.

- Innvandrerbefolkningen i Norge var overrepresentert blant de smittede og alvorlig syke og underrepresentert blant de vaksinerte. Myndighetene var ikke tilstrekkelig forberedt til å håndtere de økonomiske, praktiske og sosiale barrierene mot testing, isolering og vaksinerings som fantes blant mange med innvandrerbakgrunn. Det tok lang tid å iverksette målrettede tiltak mot denne delen av befolkningen.
- Pandemien har forsterket sosiale og økonomiske ulikheter i befolkningen.
- Smitteverntiltakene har rammet barn og unge hardt. Myndighetene har ikke i tilstrekkelig grad klart å skjerme barn og unge i tråd med egen målsetting.

I tillegg til disse hovedfunnene inneholder rapporten en lang rekke vurderinger og anbefalinger, samt også prinsipper som etter kommisjonens vurdering bør ligge til grunn for fremtidig regelverk eller konkrete forslag om regelverksendringer. Kommisjonens vurderinger også i denne del-rapporten knytter seg i hovedsak til smittevernloven og myndighetenes anvendelse av dette regelverket. Som nevnt legger imidlertid departementet til grunn at en rekke av kommisjonens vurderinger og anbefalinger har overføringsverdi også ved en vurdering av helseberedskapsloven. Det redegjøres derfor mer utdypende for enkelte av kommisjonens vurderinger og forslag til tiltak andre steder i høringsnotatet.

4.5 Ekspertgrupperapporter om infrastruktur, kompetanse og hjemler for kunnskapsproduksjon i kriser

Blant annet pandemihåndteringen viste at dagens praksis og regelverk ikke er optimalt utformet for kunnskapsproduksjon i kriser. I et samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Utenriksdepartementet ble derfor «Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser» opprettet. Kjernegruppen har nedsatt to ekspertgrupper for å utrede hvilken infrastruktur, kompetanse og juridiske hjemler som er nødvendig for kunnskapsproduksjon i kriser.

Juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data, samt bruk av randomiserte forsøk, i kriser

I «Rapport 30. juni 2022 fra ekspertgruppe nedsatt av Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser (Rege m.fl. (2022))» har ekspertgruppen vurdert juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data, samt bruk av randomiserte forsøk. Rapporten må sees i sammenheng med en rapport utarbeidet av en annen ekspertgruppe som omtales nedenfor.

I rapporten foreslås det blant annet følgende endringer:

1. Endringer i helseberedskapsloven § 2-4 for å styrke beredskapsregistre som verktøy i kriser. Det foreslås blant annet:
 - klargjøre at loven omfatter både helseopplysninger og andre personopplysninger
 - utvidelse av adgangen til å opprette et beredskapsregister

- gi hjemmel til å kreve opplysninger fra flere virksomheter
 - gi hjemmel til å kreve opplysninger direkte fra innbyggerne
 - klargjøre at helseberedskapsloven går foran helseregisterloven med forskrifter
 - lovfeste at kostnader ved overføring skal dekkes av avleverende virksomhet
 - klargjøre at opplysningene kan kreves direkte fra databehandlere
 - klargjøre at godkjenning fra de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ikke er nødvendig for det dataansvarlige forvaltningsorganets forskning på data i det aktuelle beredskapsregisteret
 - forenkle eksterne aktørers tilgang til beredskapsregistre
 - hjemle opprettelse av beredskapsregistre ved beredskapsøvelser
2. Endringer i helseforskningsloven slik at rene registerstudier ikke skal trenge forhåndsgodkjenning fra REK
 3. Endringer i forvaltningsloven § 13g slik at bestemmelsen ikke bare omfatter informasjonsdeling mellom forvaltningsorganer, men også andre rettssubjekter innenfor den offentlige sfæren som er underlagt lovbestemt taushetsplikt. I tillegg bør det vurderes om det i krisesituasjoner skal kunne gjøres unntak fra eller lempes på kravet om «etablert samarbeid» som gjelder virksomheter som omfattes av særlige taushetspliktregler, som for eksempel helsesektoren eller NAV.
 4. Endringer i helseregisterloven og helseregisterforskriftene som avklarer at opplysninger alltid kan tilgjengeliggjøres og sammenstilles for forsknings- og statistiske formål dersom lovens øvrige vilkår er oppfylt
 5. Styrke de rettslige vurderingene ved bruk og deling av data
 6. Vurdere om det bør fastsettes en ny generell lov om deling av data
 7. Bedre tilgang til sanntidsdata i normalsituasjon og i krise, blant annet ved å tillegge hensynet til ferskhets og behovet for sanntidsdata avgjørende vekt i vurderinger ved datautleveringer
 8. Bedre tilgang til rådata i normalsituasjon og i krise ved å tillegge hensynet til behovet for rådata avgjørende vekt i vurderinger ved datautleveringer
 9. Bedre ivaretagelse av forskningsetiske krav i normalsituasjon og krise, blant annet ved forebyggende tiltak knyttet til beredskapsplaner for forskningsetiske vurderinger på tvers av fagfelt
 10. Styrke de rettslige og etiske vurderingene ved bruk av randomiserte forsøk i forvaltningen
 11. Bedre kunnskapssystem i normaltid
- For departementets vurdering og oppfølging av en rekke av ekspertgruppens forslag vises det til høringsnotatets kapittel 15.

Effektiv og sikker infrastruktur for deling og bruk av relevant statistikk og data i kriser

I «Rapport 30. juni 2022 fra ekspertgruppe nedsatt av Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser (Markussen m.fl. (2022))» har ekspertgruppen vurdert tiltak for å oppnå effektiv og sikker infrastruktur for deling og bruk av relevant statistikk og data i kriser. Rapporten må sees i sammenheng med ovennevnte ekspertgrupperapport.

I rapporten foreslås det blant annet følgende tiltak for å styrke beredskapen for kunnskapsproduksjon:

1. Etterleve kravet om «Orden i eget hus»
2. Brukerorientert deling av data i og mellom sektorer
3. Infrastruktur for bedre informasjonsdeling mellom lokalt, regionalt og sentralt nivå
4. Infrastruktur for og kunnskap om bruk av helt oppdaterte data
5. Planer og kapasitet til å gjennomføre befolkningsundersøkelser m.m. i tilknytning til et beredskapsregister
6. Prosedyrer for anonymisering av data for deling
7. Beredskap for kunnskapsproduksjon og formidling av statistikk

Ekspertgruppens forslag følges ikke opp i dette høringsnotatet. Departementet viser imidlertid til Prop. 109 L (2024-2025) *Endringer i helseforskningsloven mv. (vilkår for medisinsk og helsefaglig forskning og for bruk av helseopplysninger i forskning)*, hvor enkelte av ekspertgruppens forslag følges opp. Stortinget har vedtatt endringer i helseforskningsloven, helseregisterloven og helsepersonelloven i tråd med forslaget i lovproposisjonen, jf. Innst. 400 L (2024-2025) og Lovvedtak 106 (2024-2025).

4.6 Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar

I Folkehelsemeldingen presenterer regjeringen den samlede innsatsen for å fremme bedre folkehelse og god livskvalitet i befolkningen. Regjeringen har lagt til grunn at kommunene fortsatt skal ha ansvar for å verne innbyggerne sine mot helsetrusler. Det forutsetter at kommunene kan ivareta dette på en forsvarlig måte blant annet ved tilstrekkelig samfunnsmedisinsk og annen kompetanse innen smittevern, miljørettet helsevern og strålevern. Når det gjelder smittevern varsles det blant annet at regjeringen vil sikre at det kommunale smittevernet er forankret på tvers av ulike sektorer, og at smitteverntiltak blir vurdert i et bredere folkehelse- og livskvalitetsperspektiv. Stortinget sluttet seg i all hovedsak til regjeringens forslag, jf. Innst. 398 S (2022-2023).

Departementet foreslo enkelte lovendringer i Prop. 82 L (2024-2025) *Endringer i folkehelseloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap)*. Stortinget har vedtatt lovendringer i tråd med forslaget i lovproposisjonen, jf. Innst. 332 L (2024-2025) og Lovvedtak 81 (2024-2025).

Lovendringene innebærer ingen vesentlige endringer i grunnleggende ansvar og oppgaver for kommuner, fylkeskommuner, og virksomheter, men klargjør ansvar og legger bedre til rette for samarbeid, helhet og systematikk. For staten innebærer endringene at ansvaret speiler ansvaret til kommuner og fylkeskommuner.

4.7 NOU 2023: 16 Evaluering av pandemihåndteringen. Rapport fra Koronautvalget

Kongen i statsråd oppnevnte i april 2022 et utvalg som skulle evaluere myndighetenes håndtering av koronapandemien samlet sett, og i tillegg evaluere omikronhåndteringen i

perioden fra 1. november 2021 til tentativt 1. mai 2022. Utvalget leverte sin utredning 2. juni 2023.

Utvalgets overordnede vurderinger og anbefalinger er inntatt i utredningens kapittel 16. Generelt om regelverket påpeker utvalget i punkt 16.2.2 blant annet:

«Koronautvalget vurderer at regelverket ga norske myndigheter et godt utgangspunkt for å håndtere pandemien. Muligheten til å kunne handle raskt er avgjørende for å kunne beskytte liv og helse i en akutt krisesituasjon. Særlig var smittevernloven og helseberedskapsloven sentrale da pandemien traff oss. Disse ga hjemmel for at både lokale og nasjonale myndigheter kunne vedta nødvendige smitteverntiltak.

Samtidig var ikke regelverket tilstrekkelig tilpasset en langvarig krise. Under pandemien ble det nødvendig å vedta en rekke midlertidige reguleringer i ulike sektorregelverk (...).»

Når det gjelder de mange og hurtige endringene i regelverket, samt begrunnelsene for de ulike smitteverntiltakene uttaler utvalget:

«Videre måtte smitteverntiltakene tilpasses smittesituasjonen, og bestemmelser som regulerte tiltakene ble endret hyppig. Hyppige tiltaksendringer ga kommunikasjonsutfordringer med tanke på å sørge for at befolkningen til enhver tid skulle vite hvilke regler som gjaldt, men viste samtidig at myndighetene kontinuerlig forsøkte å tilpasse regelverket til den gjeldende situasjonen. Med raske regelverksprosesser i en krise må kravene vi stiller til saksbehandlingen ta høyde for at krisen kan håndteres selv om tidsfaktoren er av avgjørende betydning. Krisens karakter og hastegrad må være avgjørende for kravene som stilles til saksbehandling og begrunnelser.

Vedtak og bruken av koronaloven er eksempler på at det under kriser kan være nødvendig å effektivisere lovgivningsprosessen for å begrense skadevirkninger. Disse erfaringene bør brukes med tanke på beredskap for fremtidige kriser. Utvalget mener koronaloven kan være et utgangspunkt for eventuell fremtidig krisefullmaktslovgivning.

Selv om gjeldende regelverk overordnet sett ga myndighetene muligheter til effektiv håndtering av pandemien, viser erfaringene fra pandemien at det er behov for videreutvikling av regelverket for å håndtere en langvarig krise.»

Utvalget diskuterer i punkt 16.2.2 også betydningen av Grunnloven § 28 for spørsmålet om hvem som har myndighet til å beslutte omfattende smitteverntiltak:

«Med fullmakter i smittevernloven og helseberedskapsloven hadde myndighetene mulighet til å handle raskt i pandemiens akutte faser. Imidlertid er fullmaktsbestemmelsene vedtatt uten at forarbeidene har vurdert bestemmelsene opp mot Grunnloven § 28 og kravet om statsrådsbehandling av «saker av viktighet». Grunnlovens krav om statsrådsbehandling innebærer at fullmaktene i smittevernloven og helseberedskapsloven må vike når vedtak kan betegnes som «saker av viktighet», da Kongen i statsråd først må treffe et vedtak. Muligheten til å handle raskt gjelder i særlig grad i starten av en krise, der krisens skadeevne ikke er kjent, og det er viktig at regelverket gir nødvendig beslutningsmyndighet og virkemidler. Eventuelle unntak fra statsrådsbehandling i kriser bør kun være aktuelt der krisen har en hastegrad som tilsier at liv og helse kan gå tapt.»

I utredningens punkt 16.2.3 anbefaler utvalget blant annet at regjeringen i arbeidet med å gjennomgå regelverket bør sikte mot at adgangen til å handle raskt etter smittevernloven og helseberedskapsloven får en bedre forankring i Grunnloven. Det påpekes videre at myndighetene i alt arbeid med pandemiberedskap bør sørge for at planverket er generisk

og anvendbart overfor ulike typer pandemier og kriser. Myndighetene bør også sørge for at alvorlige og langvarige kriser som rammer bredt i samfunnet får en større plass i beredskapsarbeidet enn det har hatt frem til i dag.

Det redegjøres mer utdypende for enkelte av utvalgets vurderinger og forslag til tiltak andre steder i høringsnotatet, jf. særlig kapittel 15 og kapittel 23.

4.8 Endringer i organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen

Regjeringen har gjennomført enkelte endringer i organiseringen av den sentrale helseforvaltningen. Endringene er omtalt i revidert nasjonalbudsjett for 2023, jf. Prop. 118 S (2022-2023) side 100-102. Det fremgår at de organisatoriske endringene skal samle fagmiljøer for bedre utnyttelse av ressurser og fagkompetanse og for å etablere et skarpere organisatorisk skille mellom helseforvaltningens kjerneoppgaver – myndighetsutøvelse, tilsyn og kunnskapsproduksjon. Samlet skal endringene resultere i en mer kostnadseffektiv og hensiktsmessig organisering med mulighet for bedre støtte til kommunal sektor, tilrettelegging for videre digitalisering og styrket helseberedskap.

Formålet med omorganiseringen er ikke å redusere den samlede ressursbruken, men å oppnå gevinster i form av blant annet, bedre støtte til kommunene, bedre utnyttelse av helsedata, tettere kobling mellom digitaliseringsarbeidet og tjenesteutviklingen, styrket forsyningssikkerhet for legemidler og medisinsk utstyr, bedre beslutningsgrunnlag for innføring av legemidler og medisinsk utstyr og større synergier mellom det brede folkehelsearbeidet og arbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Når det gjelder de konkrete endringene for de ulike etatene uttales det:

«Helsedirektoratet rendyrkes som en utvidet og mer helhetlig myndighetsetat med «følge-med funksjoner» og rådgivningsfunksjoner innen hele helse- og omsorgstjenesten og folkehelseområdet. Tiltaket innebærer en samling av myndighetsfunksjoner, gjennomføringsfunksjoner og ansvar for registeranalyser og statistikk innen helse- og omsorgstjeneste- og det brede folkehelsefeltet i Helsedirektoratet. Dette betyr blant annet at deler av folkehelsefeltet flyttes fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet. Videre skal myndighetsoppgavene innen digitaliseringsområdet styrkes og kobles tettere til tjenesteutviklingen. Dette innebærer at Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse slås sammen gjennom en virksomhetsoverdragelse.

Folkehelseinstituttet rendyrkes som en mer spisset kunnskapsetat med ansvar for kunnskapsoppsummeringer og forskning. Innenfor smittevern og miljømedisin vil imidlertid Folkehelseinstituttet som i dag ha operativt fagansvar, herunder overvåknings-, gjennomførings- og rådgivningsfunksjoner. Regelverksfortolkning og formelle myndighetsoppgaver vil samles i Helsedirektoratet. Helseregistrene i Helsedirektoratet, Kreftregisteret som ligger under Helse Sør-Øst RHF og Helseregisterområdet inklusiv Helsedataservice i Direktoratet for e-helse flyttes til Folkehelseinstituttet og samles med instituttets registre. Referanselaboratoriene og øvrige laboratorier videreføres i Folkehelseinstituttet inntil videre. Plassering av laboratoriedrift og laboratoriefunksjoner innen mikrobiologi/smittevern i den sentrale helseforvaltningen utredes med mål om en mer hensiktsmessig, kostnadseffektiv og tverrsektoriell organisering på sikt.

Statens legemiddelverk styrkes og endrer navn til Direktoratet for medisinske produkter. Staten vil som i dag ha ansvar for legemidler og medisinsk utstyr (medisinske produkter), inkludert regulatoriske virkemidler for å sikre tilgang til produktene (forsyningsikkerhet) og en forsterket rolle for nasjonale innkjøp. Staten får et helhetlig ansvar for metodevurderinger for medisinske produkter og miljøet i Folkehelseinstituttet som driver med metodevurderinger innen dette området flyttes til Direktoratet for medisinske produkter. Anskaffelsesansvaret innen vaksinefeltet flyttes også fra Folkehelseinstituttet til staten. Ansvar for området «blod, celler og vev» flyttes fra Helsedirektoratet til Direktoratet for medisinske produkter, mens øvrige oppgaver innen bioteknologifeltet blir værende i Helsedirektoratet.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet videreføres som i dag, men det formaliseres et forpliktende samarbeid med Helsedirektoratet for å styrke informasjons- og kommunikasjonsarbeidet ved en eventuell atomhendelse. Forholdet til den helhetlige helseberedskapen følges opp i den kommende stortingsmeldingen om helseberedskap, herunder samarbeidsmodeller, ivaretagelse av samfunnsperspektivet ved vurdering av tiltak og behov for revisjon av Kgl. res. av 23. august 2013 som regulerer myndighet etter strålevernloven til Kriseutvalget for atomberedskap. Helse- og omsorgsdepartementet vil i dialog med Utenriksdepartementet sikre at endringer er i samsvar med internasjonale forpliktelser innen atomsikkerhetsområdet»

Etter gjennomført høring foreslo Helse- og omsorgsdepartementet nødvendige lovendringer for å gjennomføre slike organisatoriske endringer i den sentrale helseforvaltning, jf. Prop. 11 L (2023-2024) *Forslag til endringer i helselovgivning (organisatoriske endringer i sentral helseforvaltning)*. Lovendringene gjelder direkte for Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk (heretter Direktorat for medisinske produkter). Stortinget har sluttet seg til de foreslåtte lovendringene, jf. Innst. 113 L (2023-2024), og disse trådte i kraft fra 1. januar 2024.

4.9 NOU 2023: 14 Forsvarskommisjonen av 2021 – Forsvar for fred og frihet

Forsvarskommisjonens oppdrag har vært å vurdere hvilke potensielle sikkerhets- og forsvarspolitiske veivalg og prioriteringer Norge kan ta for best å ivareta norsk sikkerhet i et 10-20-årsperspektiv. Kommisjonen har vurdert om Norge er godt nok rustet for å møte fremtidens utfordringer. I punkt 12.3.11 uttaler kommisjonen blant annet:

«Forsvarssektoren har behov for samordning med helse- og omsorgssektoren i hele krisespekteret. Dette omfatter alle faser i beredskapsplanlegging, gjennomføring av operasjoner, tjenesteleveranser og fagmyndighet. Totalforsvaret må tilpasses, slik at det legges til rette for at Forsvaret har nok helsepersonell i krise og i væpnet konflikt. Her kan man blant annet se på tilsetningsforhold for å tilknytte seg flere leger.»

(...)

Det nasjonale prinsippet om ett helsevesen i Norge er også et ambisjonsnivå for saniteten i Forsvaret. Ansvar for evakuering, behandling og rehabilitering ligger hos helsevesenet, også i krig. (...). Beredskapsplanverk for sivilt helsevesen må omfatte alle faser, også krig. Et helhetlig planverk for behandling og evakuering må være koordinert mellom Forsvaret og sivilt helsevesen. (...).

Denne evnen er et tverrsektorielt ansvar, og det må foreligge klare og entydige planer for hvordan evakuering av syke og sårede skal gjennomføres mellom landsdeler og eventuelt videre til utlandet. I tillegg til de regionale helseforetakene, er det behov for å involvere kommuner og statsforvaltere. (...)»

Det understrekes at det må rettes særlig oppmerksomhet mot helseberedskapen og konsekvensene av økt fare for krise og krig. I punkt 13.5.2 uttales det blant annet at hverken Forsvarets sanitet eller helse- og omsorgstjenestens samlede ressurser er dimensjonert for å håndtere pasientvolumene ved større nasjonale kriser og i krig. Det understrekes derfor behov for å videreutvikle det sivil-militære samarbeidet på helseberedskapsområdet i alle faser og at det særlig må vurderes tiltak som sikrer at Forsvaret har nok helsepersonell i krise og i væpnet konflikt. Det innebærer bedre planforutsetninger som baserer seg på gjensidig forventningsavklaring mellom Forsvaret og helse- og omsorgssektoren. Det innebærer også tydeliggjøring av ledelses- og styringslinjer, avklaringer om roller og ansvar og god og gjensidig kommunikasjon og informasjonsdeling.

4.10 Meld. St. 5 (2023-2024) En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa

Innledning

Meld. St. 5 (2023-2024) En motstandsdyktig helseberedskap – fra pandemi til krig i Europa (helseberedskapsmeldingen), ble fremmet i statsråd 24. november 2023. Stortinget har i all hovedsak sluttet seg til meldingens retning og forslag, jf. Innst. 220 S (2023-2024).

I Helseberedskapsmeldingen presenterer regjeringen den politiske og strategiske retningen for norsk helseberedskap. Regjeringen vil sikre en motstandsdyktig helseberedskap som har som formål å verne liv og helse. Verden vi lever i betyr at vi må jobbe mer med sikkerhet og beredskap fremover og at forebygging og beredskap må gis økt prioritet i helse- og omsorgstjenesten. Det understrekes at nasjonal beredskap er viktig, men også at Norge er avhengig av internasjonalt samarbeid for å løse en rekke helsekriser.

I meldingen foreslår regjeringen flere grep for å styrke den norske helseberedskapen, blant annet endringer i sentral helseforvaltning, se omtale i høringsnotatet punkt 4.8.

Ny modell for helseberedskap

For å styrke helseberedskapen skisseres en ny helseberedskapsmodell som skal sørge for avklarte roller og ansvar i helse- og omsorgssektoren, og bidra til styrket og mer systematisk arbeid med sikkerhet og beredskap, jf. meldingens punkt 2.2.1. Etter den nye modellen vil Helse- og omsorgsdepartementet ta en mer aktiv strategisk rolle i helseberedskapsarbeidet, både når det gjelder planlegging og forberedelse, og ved håndtering av konkrete helsekriser. Den nye modellen endrer ikke etablerte systemer på tvers av sektorer, men skal bedre arbeidet innad i helse- og omsorgssektoren. Modellen

har som formål å styrke etterlevelsen av kravene til departementenes arbeid med samfunnssikkerhet slik de er nedfelt i Samfunnssikkerhetsinstruksen punkt IV.

Modellen innebærer etablering av et *helseberedskapsråd* som samler sektoren og ledes av Helse- og omsorgsdepartementet, *seks utvalg på etatsnivå* og et *rådgivende ekspertutvalg for helsekriser*. En slik modell skal gi bedre grunnlag for det strategiske beredskapsarbeidet gjennom tydeligere styring, prioritering og koordinering av helsesektoren i det daglige og i kriser. Gjennom systematisk arbeid med risiko- og sårbarheter, planverk og øvelser skal helsesektoren være best mulig forberedt til å møte hendelser i hele krisespekteret.

Helseberedskapsrådet ble etablert i 2024 og samler nå de mest sentrale lederne fra helsesektoren. Det er etablert utvalg for de seks særskilte risikoområdene, herunder utvalg for sivil-militært helseberedskapssamarbeid og utvalg for smittevern og pandemi.

En motstandsdyktig helseberedskap

I meldingens kapittel 3 diskuteres flere sentrale elementer for å etablere og videreutvikle en motstandsdyktig helseberedskap. Det påpekes at ved en helsekrise vil målet være å redusere sårbarhet og begrense konsekvenser for samfunnet og befolkningen så mye som mulig. Fire elementer trekkes frem som særlig viktige:

- En fleksibel helse- og omsorgstjeneste
- Tillit og kompetanse i befolkningen
- En sterk frivillig sektor og et sterkt og omstillingsdyktig næringsliv
- Europeisk og global motstandsdyktighet

Det fremgår blant annet at arbeidet med revisjon av helseberedskapsloven (og smittevernloven) vil være et sentralt element i dette arbeidet. I tillegg påpekes en rekke konkrete problemstillinger av regelverksmessig art som skal vurderes med tanke på å oppnå en mer effektiv og motstandsdyktig helseberedskap. Departementet viser her særlig til høringsnotatets punkt 14.6 og 14.7, samt kapitlene 20, 21 og 25 for nærmere redegjørelse.

Særskilte risikoområder

I meldingens kapittel 4 løftes det frem seks risikoområder som krever særskilt oppmerksomhet i årene som kommer for å redusere sannsynlighet for og redusere konsekvenser av hendelser:

- Sammensatte trusler og krig
- Digitale trusler og sårbarheter
- Forsyningsikkerhet med vekt på tilgang til medisinske mottiltak
- Pandemi og smittevern
- Trygg vannforsyning
- Atomhendelser som truer liv og helse

4.11 NOU 2023: 17 Nå er det alvor – Rustet for en usikker fremtid (Totalberedskapskommisjonen)

Totalberedskapskommisjon har, på oppdrag fra regjeringen, vurdert hvordan de samlede beredskapsressursene kan benyttes best mulig. Kommisjonen leverte sin rapport, NOU 2023: 17, 5. juni 2023.

Kommisjonen fikk i mandat å gjennomgå den samlede beredskapen i Norge. Kommisjonen skulle gi en prinsipiell vurdering av styrker og svakheter ved dagens beredskapssystemer, herunder vurdere og fremme forslag til hvordan samfunnets samlede ressurser kan og bør innrettes for å videreutvikle samfunnssikkerhet og beredskap, og sikre best mulig samlet utnyttelse av beredskapsressursene.

I punkt 25.1 uttaler kommisjonen om helseberedskapen blant annet:

«Helseberedskapen omfatter blant annet tjenester innen akuttmedisin, legevakt, kommunale helsetjenester, spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid og bistand. Både svineinfluensapandemien i 2009 og koronapandemien har synliggjort betydningen av folkehelsetiltak, blant annet i form av smittevern ved sykdomsutbrudd og andre hendelser.

Norge har én, samlet offentlig helsetjeneste. Det betyr at helseberedskapen bygger på den daglige driften i den sivile helsetjenesten. Den sivile helsetjenesten skal virke i hele krisespektret og yte helsetjenester for både sivilbefolkningen og Forsvaret.»

I punkt 25.1.1 påpekes det at helseberedskap er en avgjørende del av innsatsen for å håndtere de fleste typer kriser. I punkt 25.2.2 uttales det blant annet at:

«i situasjoner hvor det er ekstraordinære behov for helsehjelp i befolkningen vil det kunne tvinge seg frem et behov for å redusere ambisjonsnivået på behandlingen som tilbys, både i kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten. Dette vil også kunne gjelde pleie- og omsorgstjenesten».

I punkt 25.2.3 vises det til at en vesentlig del av helseberedskapen handler om evnen til å mobilisere og omdisponere ressurser i kriser. Det påpekes at belastningen på helse- og omsorgstjenesten i de fleste kriser vil være geografisk skjevfordelt og at det i kriser kan være nødvendig å omfordele helsepersonell eller pasienter mellom geografiske områder. Det pekes også på behov for å få bedre oversikt over relevante personellressurser.

Kommisjonen etterlyser i punkt 25.4.1 tydeligere nasjonale ambisjoner for helseberedskapen og uttaler blant annet:

«Helseberedskapen har god kapasitet til å håndtere kortvarige situasjoner over timer til dager, gjennom prioriteringer og omdisponeringer. Mer langvarige krisesituasjoner gir imidlertid andre utfordringer, og det er stor forskjell på å planlegge for bortfall av kritisk infrastruktur og innsatsfaktorer i noen timer, sammenliknet med flere dager, eller måneder og år. Helseberedskapen er materiell-, utstys-, areal- og personellintensiv. Manglende konkrete føringer om hvilke premisser og ambisjoner som skal legges til grunn for beredskapen gjør at sentrale helseberedskapsaktører planlegger ut ifra ulike forutsetninger og risikovurderinger, noe som kan begrense potensialet til å utnytte den totale kapasiteten i helseberedskapen.»

Kommisjonen anbefaler blant annet å sikre at regelverk og retningslinjer for bruk av studenter, pensjonister og andre medhjelpere er tydelig fastsatt før en krise inntreffer.

I kapittel 31 anbefaler kommisjonen blant annet å nedsette et lovutvalg «som får i oppdrag å utarbeide et forslag til hvordan beredskapslovgivningen bør innrettes for å kunne håndtere forventet utvikling i et tverrsektorielt perspektiv, inkludert om behovet best dekkes gjennom en tverrsektoriell krisefullmaktslov». Det anbefales videre at regjeringen fortløpende vurderer om den har de hjemler som anses nødvendige for å kunne håndtere de krisene det er påregnelig at kan oppstå. Og vises til at det enkelte departement «må vurdere om sektorlovgivningen det har ansvar for har tilstrekkelige hjemler for å håndtere kriser, både i egen sektor og konsekvenser av kriser i andre sektorer.»

Når det gjelder oppfølging av utredningen viser departementet særlig til Totalberedskapsmeldingen som omtales i punkt 4.13, samt også høringsnotatets punkt 14.6 og 14.7 og kapittel 20, 21 og 23.

4.12 Meld. St. 9 (2023-2024) - Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 - Vår felles helsetjeneste

Av stortingsmeldingen fremgår at regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er:

1. God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
2. Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
3. Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
4. Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
5. Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

Nasjonal helse- og samhandlingsplan handler om helse- og omsorgstjenesten som helhet, og er hovedsakelig rettet mot mål to, tre og fire. Samtidig understrekes det at en sterk og velfungerende offentlig helse- og omsorgstjeneste vil være viktig for helsetilstanden i befolkningen og en grunnleggende forutsetning for god helseberedskap og krisehåndtering.

I planen presenterer regjeringen sin politikk for å ruste den samlede helse- og omsorgstjenesten for fremtiden og påpeker særlig tre hovedutfordringer: tilgang på personell, for dårlig sammenheng mellom tjenestene og likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester.

4.13 Meld. St. 9 (2024–2025) Totalberedskapsmeldingen - Forberedt på kriser og krig

Totalberedskapsmeldingen ble fremlagt 10. januar 2025. I meldingen setter regjeringen retningen for en omlegging av den sivile delen av totalforsvaret og for den sivile motstandskraften. Regjeringen skal sørge for at det sivile samfunnet er forberedt på krise og krig, og utvikle et samfunn som understøtter militær innsats og som motstår sammensatte trusler.

Hovedbudskap i meldingen er at en helhetlig styrking av Norges beredskap krever innsats fra alle. I meldingen pekes det på tre hovedmål som skal ligge til grunn for regjeringens arbeid med å styrke det sivile samfunnets motstandskraft:

1. Sivilsamfunnet skal være forberedt på krise og krig
2. Sivilsamfunnet skal motstå sammensatte trusler
3. Sivilsamfunnet skal understøtte militær innsats

I meldingen beskrives syv strategiske prioriteringer for regjeringens arbeid med sikkerhet og beredskap. Regjeringen skal:

1. Sikre bosetting, god grunnberedskap og levende lokalsamfunn i hele landet.
2. Utnytte samfunnets samlede ressurser bedre i forebygging og krisehåndtering, herunder involvere næringsliv og frivillige i beredskapsarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt.
3. Styrke digital motstandskraft og nasjonal kontroll over kritisk infrastruktur og strategisk viktige virksomheter, naturressurser, eiendom og verdier.
4. Styrke motstandskraften i befolkningen og bevare høy grad av tillit i samfunnet.
5. Styrke forsyningssikkerheten, herunder matsikkerheten.
6. Sikre tettere samarbeid mellom sivile sektorer og forsvarssektoren.
7. Styrke sivil evne til å understøtte alliert militær innsats i rammen av NATO og gjennom styrket nordisk og europeisk beredskapssamarbeid.

Helse- og omsorgstjenesten er en del av grunnberedskapen og må kunne ivareta sine kjerneoppgaver overfor befolkningen samtidig som de må kunne støtte militær innsats. Planlegging og styrking av beredskapen skal skje mer tverrsektorielt og langsiktig, se også redegjørelsen i punkt 4.10 om helseberedskapsmeldingen.

Det vil bli redegjort nærmere for enkelte av meldingens vurderinger og tilrådinger andre steder i høringsnotatet, jf. særlig kapittel 23 og meldingens omtale av behovet for å vurdere om dagens beredskapslovgivning inneholder nødvendige hjemler for å håndtere påregnelige krisesituasjoner.

4.14 Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring

Daværende justis- og beredskapsminister Emilie Mehl og daværende helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol holdt 18. april 2024 en redegjørelse for Stortinget om en samlet gjennomgang av myndighetenes håndtering av koronapandemien. Stortinget vedtok at redegjørelsen skulle sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen for behandling. Som ledd i behandlingen av redegjørelsen avholdt komiteen en åpen kontrollhøring 2. desember 2024. Komiteen besluttet at høringen skulle omhandle, men ikke begrense seg til, følgende problemstillinger:

1. Hvordan var myndighetenes styring og samhandling under pandemien? Var Stortinget i tilstrekkelig grad involvert?
2. Hva er de langsiktige konsekvensene av pandemien og myndighetenes håndtering, herunder helsemessige, sosiale, økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser?
3. Hvordan har situasjonen for barn og unge vært under og i etterkant av pandemien?
4. Har vi et egnet regelverk som grunnlag for smitteverntiltak?
5. Er vi bedre rustet for å møte en ny pandemi?

Komiteens innstilling, Innst. 151 S (2024–2025) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren om en samlet gjennomgang av myndighetenes håndtering av koronapandemien, ble avgitt 4. mars 2025.

Det redegjøres for komiteens vurderinger og tilrådinger flere steder i dette høringsnotatet. I herværende punkt gis det kun en oversikt over det som synes å være komiteens mest sentrale vurderinger og tilrådinger. Selv om komiteens vurderinger og tilrådinger i hovedsak knytter seg til smittevernloven og regjeringens anvendelse av denne under pandemien, legger departementet til grunn at flere av komiteens vurderinger og tilrådinger også har relevans for evalueringen av helseberedskapsloven.

Når det gjelder pandemiens konsekvenser for barn og unge viser komiteen til at barn og unge ble hardt rammet av pandemiltakene og at lange perioder med stenging av skoler, barnehager og fritidstilbud betydde en stor endring i barn og unges hverdag. Komiteen viser i den forbindelse til at både Koronakommisjonen og Koronautvalget fant at myndighetene ikke hadde oppfylt egne mål om å skjerme barn og unge. Som eksempel på dette viser komiteen blant annet til stengningen av skoler og barnehager i mars 2020, innføring av rødt nivå i videregående skoler i desember 2021, begrensninger på utendørsaktiviteter, at det i for liten grad ble praktisert differensiering av tiltak for å skjerme barn og unge mest mulig og at barn og unge i for liten grad ble involvert eller gitt anledning til å medvirke. Oppsummeringsvis viser komiteen her til Koronautvalgets anbefalinger, jf. NOU 2023: 16, side 238:

«I fremtidige kriser bør det være en tydelig sammenheng mellom de gruppene som regjeringen ønsker å prioritere, og den faktiske innretningen på krisehåndteringen. Et eksempel på en slik prioritert gruppe under koronapandemien var barn og unge.

Når situasjonen tillater det, bør myndighetene søke å involvere og konsultere representanter for barn og unge i større grad enn det som var tilfellet under koronapandemien.

Myndighetene bør sørge for at hensynet til barn og unge gjennomgående tas inn som en del av beslutningsgrunnlaget for tiltak i kriser.»

Komiteen slutter seg til disse anbefalingene og ber regjeringen legge dem til grunn i det videre beredskapsarbeidet. Videre mener komiteen «det er viktig at disse anbefalingene, og erfaringene og erkjennelsene de bygger på, får prege smittevernloven og annet lovverk som regulerer krisehåndtering». På denne bakgrunn fremmer komiteen følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.»

Komiteen viser til at Grunnloven og menneskerettighetene setter rammer for hva slags inngrep myndighetene kan gjøre overfor landets innbyggere. Disse rettighetene gjelder også i krisetider. Samtidig viser komiteen til at det også er en sentral menneskerettslig plikt for myndighetene å sikre liv og helse. Komiteen understreker at for at et tiltak skal være lovlig, må det blant annet være nødvendig og forholdsmessig og at tiltakenes forholdsmessighet var et gjentakende tema for politisk og juridisk debatt under pandemien. Komiteen understreker at både nasjonale og lokale myndigheter må ha rutiner og kompetanse til å gjøre gode vurderinger av nødvendighet, forholdsmessighet og lovlighet. Komiteen viser til at økt bevissthet rundt forholdsmessighet og inngrep i menneskerettighetene kan sikres hos nasjonale og lokale myndigheter blant annet ved at lovverket stiller nærmere krav til hva man særlig skal ta i betraktning ved

forholdsmessighetsvurderingen. Komiteen ber regjeringen «vurdere dette i forbindelse med revideringen av smittevernloven og oppdatering av annen krise- og beredskapslovgivning.»

Når det gjelder vurdering av myndighetenes samhandling under pandemien, og spesielt om viktigheten av statsrådsbehandling, understreker komiteen blant annet at «bevissthet om Grunnlovens krav ikke bare er viktig i seg selv, men at det bestemte kravet er der for å sikre at makten skal ligge hos statsapparatets politiske ledelse og med det sikre tydelige ansvarsforhold som igjen bidrar til åpenhet og mulighet for kontroll. Komiteen vil på det sterkeste understreke at slike hensyn ikke bare bør forsøkes ivare tatt i krisetider, men at de er særlig viktige i slike situasjoner.»

Når det gjelder Koronautvalgets anbefaling om at adgangen til å handle raskt etter smittevernloven og helseberedskapsloven bør ha en tydeligere forankring i Grunnloven, advarer komiteen mot «endringer som har som mål å heve terskelen for behandling i statsråd, og mener erfaringen fra pandemien tvert imot er at det er fullt mulig å kombinere rask handling med slik forankring.»

Når det gjelder spørsmål om regjeringens fullmakter, høringer og parlamentarisk kontroll, understreker komiteen at smittevernlovens fullmakter ikke endrer ansvarsforholdet mellom regjeringen og Stortinget, eller Stortingets rett og plikt til å kontrollere regjeringen. Komiteen påpeker imidlertid at «løpende kontroll med det regjeringen foretok seg med hjemmel i smittevernloven, i praksis ble begrenset, til tross for at Stortinget var samlet og fungerte tilnærmet som normalt mesteparten av pandemiperioden.» I forlengelse av dette uttaler komiteen:

«Komiteen vil peke på at fullmaktene i smittevernloven har sitt grunnlag i behovet for å handle raskt i en situasjon med stor smittespredning, hvor tiden ikke tillater vanlige forberedelser med høring og ordinær saksbehandling i Stortinget. Komiteen understreker at fullmaktene er godt begrunnet og nødvendige.»

Komiteen påpeker imidlertid at selv en ekstraordinært rask behandling i Stortinget vil bidra til mer åpenhet og innsyn, og dermed kanskje også mer tillit og legitimitet, enn beslutninger som kun tas av regjeringen på grunnlag av fullmakter. Komiteen viser til at «smittevernlovens utforming er tilpasset akutte kriser, men at loven bærer preg av ikke å være skapt for en krise så langvarig som en to år lang pandemi.»

Komiteen slutter seg til Koronakommisjonen anbefaling om at det ved revisjon av loven bør vurderes om det er grunn til å skille mellom langvarige tiltak og mer hastepregete tiltak med kort virketid og at behovet for parlamentarisk kontroll er større ved langvarige, omfattende og inngripende tiltak. Komiteen mener på denne bakgrunn at «mer løpende og sterkere forankring i Stortinget må vektlegges ved den kommende revisjonen av smittevernloven.»

I forlengelsen av dette understreker komiteen at «hensynet til Stortingets kontrollmulighet ikke er det eneste argumentet for å tilstrebe en mest mulig normal saksbehandling også i krisetid. Hensynet til åpenhet er også fundamentalt. Mangel på åpenhet kan ikke bare

bidra til manglende tillit i befolkningen, men til at viktige innspill og gode ideer ikke når fram.»

Komiteen viser til Koronakommisjonens anbefaling om at myndighetene også under kriser bør følge grunnleggende saksbehandlingsregler så langt det er mulig og at det i situasjoner hvor det ikke er tid til ordinære høringer bør etableres rutiner for å innhente synspunkter fra berørte aktører og sektorer. Komiteen viser også til at dersom man ikke rekker høring før et vedtak fattes, kan man bruke etterhøringer.

Når det gjelder de ulike modeller for parlamentarisk kontroll som gjaldt i ulike faser av pandemien, uttaler komiteen:

«Komiteen viser til at Graver i sitt innspill foreslår en «bred faglig og politisk vurdering av modeller for demokratisk og parlamentarisk kontroll med regjeringens bruk av ekstraordinære fullmakter under en unntakssituasjon». Komiteen er enig i at det trengs en helhetlig vurdering av dette. Komiteen viser til at erfaringene med pandemien på dette området ennå ikke er fulgt opp.»

En samlet komite tilrådte Stortinget å gjøre blant annet følgende vedtak:

I

Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.

II

Stortinget ber presidentskapet igangsette arbeid, og eventuelt nedsette et utvalg, for å vurdere modeller for demokratisk og parlamentarisk kontroll med regjeringens bruk av ekstraordinære fullmakter i krisesituasjoner.

Komiteens innstilling ble behandlet av Stortinget 29. april 2025 som traff vedtak i samsvar med innstillingen.

5 Oversikt over helse- og omsorgstjenestelovgivningen, helseberedskapsloven og annen beredskapslovgivning

5.1 Innledning

Helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten er regulert gjennom et omfattende regelverk. Det er tett sammenheng mellom regelverket for normalsituasjoner og helseberedskapsloven og annet beredskapsregelverket som trer inn ved kriser eller katastrofer i fredstid eller ved krig eller når krig truer. Regelverkene bygger på hverandre og i tillegg er det slik at beredskapsregelverket, og de tiltak man med hjemmel i dette regelverket kan iverksette, i all hovedsak forutsetter bruk av det samme personellet og tjenestene som i normalsituasjonen.

Helseberedskapsloven er som nevnt en sektorspesifikk beredskapslov. I tillegg finnes det andre sektorspesifikke beredskapslover som næringsberedskapsloven og dels også sivilbeskyttelsesloven. Ulike beredskapsbestemmelser eller beredskapslover vil på enkelte områder også overlappe eller utfylle hverandre. For et samlet bilde må dette beredskapsregelverket også sees i sammenheng med det regelverk som fremgår av beredskapsloven av 1950 og også konstitusjonell nødrett.

For å fullt ut forstå helseberedskapsloven og hva denne innebærer er det derfor nødvendig med en overordnet beskrivelse av slikt «omkringliggende» regelverk. I NOU 2019: 13 *Når krisen inntreffer*, er det gitt en fremstilling av dette regelverket. Departementets videre fremstilling i dette kapittelet bygger på NOU-ens, men er oppdatert når det gjelder senere endringer og på noen punkter også utbygget eller supplert med beskrivelse av annet relevant regelverk.

5.2 Helse- og omsorgstjenestelovgivningen

5.2.1 Innledning – tjenestenes overordnede ansvar

De regionale helseforetakene og kommunene har ansvaret for å sørge for at befolkningen får tilbud om og mottar nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. henholdsvis lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesteloven m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1 a og lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 følger videre at tjenestene plikter å ha beredskapsplaner for dette i samsvar med de krav som følger av helseberedskapsloven.

Norge har én helse- og omsorgstjeneste som har ansvaret for medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering og transport eller evakuering i alle situasjoner. Utgangspunktet er at de ordinære ansvarslinjer gjelder ved ytelse av helse- og omsorgstjenester til daglig i form av planlagte tjenester, akutte tjenester ved ulykker eller ved uforutsette hendelser i form av større og mindre «sivile» kriser og ved ytelse av helse- og omsorgstjenester ved væpnet konflikt eller krig.

Utover arbeidsgivers virkemidler som overtid og omdisponering av ressurser, gir den alminnelige helse- og omsorgstjenestelovgivningen også enkelte andre hjemler ved ulykker og andre akutte situasjoner.

5.2.2 Øyeblikkelig hjelp

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har en løpende plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første ledd skal kommunen «straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig». Plikten gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første ledd skal sykehus og fødestuer «straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig». Plikten gjelder undersøkelse av pasienten, og om nødvendig behandling.

Tjenestenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp må sees i sammenheng med den alminnelige hjelpeplikt helsepersonell er pålagt etter helsepersonelloven § 7. Av bestemmelsens første ledd fremgår at helsepersonell straks skal «gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig». Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig må helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser for å avklare dette. Hjelpeplikten vil heller ikke inntre dersom annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen, jf. bestemmelsens andre og tredje ledd.

5.2.3 Tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen «pålegge personell som utfører oppgaver i kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven å utføre nærmere tilvist arbeid», jf. loven § 5-3 første ledd. Tilsvarende kan det regionale helseforetaket «pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetaket og institusjoner helseforetaket eier, å utføre nærmere tilvist arbeid», jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 d første ledd.

5.2.4 Bistandsplikt og samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak ved ulykker og andre akutte situasjoner

Ved ulykker og andre akutte situasjoner gjelder det en gjensidig bistandsplikt mellom kommuner og mellom regionale helseforetak. Anmodning om bistand fremmes av den kommune eller det regionale helseforetak som har bistandsbehovet. Bestemmelser om bistandsplikt er gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 andre ledd, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1c første ledd, lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) § 16 tredje ledd og lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) § 26 andre ledd.

Av forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) § 4 følger at kommunene og de regionale helseforetakene «skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med øvrige nødetater, hovedredningssentraler og andre myndigheter».

5.2.5 Pålegg om samarbeid mellom kommuner

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 kan departementet pålegge samarbeid mellom kommuner «når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste». Departementet kan i den forbindelse også gi bestemmelser om hvilke oppgaver kommunene skal samarbeide om og fordeling av utgiftene.

Av forarbeidene, jf. Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, punkt 27.6.2 og kapittel 47 (spesielle merknader), fremgår at bestemmelsen skal tolkes strengt og at det kun unntaksvis vil være adgang til å pålegge kommuner samarbeid.

5.2.6 Suspensjon av fastlegeordningen

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4, jf. loven § 3-1, at kommunen skal sørge for å tilby en fastlegeordning. Etter forskrift 29. august 2012 om fastlegeordning i kommunene § 37, kan imidlertid Statsforvalteren suspendere fastlegeordningen for inntil ett år av gangen dersom det er grunn til å tro at en kommune ikke vil kunne oppfylle plikten til å ha fastlegeordning over en periode på minst tre måneder, jf. bestemmelsens første og andre ledd. I Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat 18. mars 2025 har departementet foreslått å oppheve forskriftsbestemmelsen. Departementet påpeker her det prinsipielt problematiske ved at det gjennom forskriftsbestemmelse og forvaltningsvedtak kan settes til side lovfestede pasient- og brukerrettigheter, så som retten til å stå på liste hos en fastlege, på grunn av rekrutteringsproblemer. Det vises også til at mangel på personell kan gjøre seg gjeldende i flere deler av helse- og omsorgstjenesten uten at pasient- og brukerrettigheter av den grunn kan settes til side og at kommunens plikt til å sørge for et allmennlegetilbud til sine innbyggere uansett ikke bortfaller selv om plikten til å ha en fastlegeordning suspenderes for en periode.

5.3 Helseberedskapsloven

5.3.1 Innledning

Helseberedskapsloven er en ramme- og fullmaktslov for beredskapsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.

Lovens formål er å «verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid», jf. loven § 1-1 første ledd. Av bestemmelsens andre ledd fremgår at virksomheter som er omfattet av loven skal kunne «fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven.»

Loven omfatter nærmere angitte offentlige og private virksomheter, samt personell som tjenestegjør i slike virksomheter, jf. loven § 1-3 og § 1-4.

Fullmaktsbestemmelsene i loven §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2 får anvendelse «når riket er i krig eller når krig truer» eller «ved kriser eller katastrofer i fredstid etter beslutning av Kongen», jf. helseberedskapsloven § 1-5 som omtales nærmere under punkt 5.3.3.

Disse bestemmelsene må også sees i sammenheng med loven § 6-2 andre ledd hvor det fremgår at Kongen kan «gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning». Det forutsettes også her at vilkårene etter loven § 1-5 er oppfylt.

5.3.2 Plikt til beredskapsplanlegging

Loven § 2-2 pålegger plikt til planlegging og stiller krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid. Bestemmelsens første ledd lyder:

«Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Kommuner skal også utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven kapittel 3. Beredskapsplanen skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.»

I bestemmelsens andre ledd presiseres at:

«Sykehus som omfattes av § 1-3 første ledd bokstavene a og b, og virksomheter nevnt i bokstavene d, e, f og g, plikter å utarbeide beredskapsplan for virksomheten».

Etter tredje ledd kan departementet gi «forskrift om at virksomheter nevnt i § 1-3 første ledd bokstavene c og h, samt virksomheter omfattet av loven etter § 1-3 andre ledd, skal ha plikt til å utarbeide beredskapsplan for virksomheten. Departementet kan bestemme at virksomheter som nevnt skal inngå i beredskapsplan som nevnt i første ledd.»

Etter § 2-2 fjerde ledd kan departementet «gi forskrift om krav til beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet, herunder sette krav til driftssikkerhet, lagring av materiell og utstyr, og til øvelser og opplæring av personell».

Bestemmelsene i § 2-2 må sees i sammenheng med § 6-2 første ledd som sier at departementet kan gi forskrifter «til utfylling og gjennomføring av denne loven, herunder om tilsyn med planlegging og gjennomføring av tiltak etter loven og om administrasjon og

drift av helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten under krig, samt ved kriser og katastrofer i fredstid.», jf. nedenfor under punkt 5.3.8.

Med hjemmel i loven § 2-2, § 4-2 og § 6-2 har Helse- og omsorgsdepartementet fastsatt helseberedskapsforskriften.

5.3.3 Lovens fullmaktsbestemmelser

Som nevnt får fullmaktsbestemmelsene i loven for det første anvendelse «når riket er i krig eller når krig truer», jf. § 1-5 nr. 1. I slike situasjoner vil fullmaktsbestemmelsene «automatisk» være utløst.

For at fullmaktsbestemmelsene skal komme til anvendelse «ved kriser og katastrofer i fredstid», må imidlertid «Kongen» treffe beslutning om det, jf. § 1-5 nr. 2.

Beslutningskompetansen er lagt til Kongen av hensyn til «rettssikkerheten og demokratisk og nasjonal kontroll og styring», samt som følge av at det i medhold av loven kan fattes «beslutninger som til dels er meget inngripende overfor enkeltpersoner», jf. Ot.prp.nr. 89 (1998–1999) Om lov om helsemessig og sosial beredskap, punkt 9.2.4, side 95.

I en akutt situasjon hvor departementet anser det nødvendig for å sikre liv og helse, kan departementet treffe en foreløpig beslutning om anvendelse av fullmaktsbestemmelsene. En slik beslutning kan gis for maksimalt én måned og skal bekreftes av «Kongen» så snart som mulig. Beslutningen kan gjentas for inntil én måned av gangen. Det er ingen begrensninger for hvor mange ganger slik beslutning kan gjentas.

Begrepene «kriser og katastrofer i fredstid» er ikke definert i loven. Av forarbeidene fremgår at dette blant annet er fordi «det skal være et politisk ansvarlig organ som treffer beslutning om bestemmelsenes anvendelse i fredstid», jf. Ot.prp.nr. 89 (1998–1999), punkt 9.2.4, side 95. I forarbeidene vises det til «en situasjon av ekstraordinær karakter der det akutte hjelpebehov ikke kan dekkes av tilgjengelige ressurser og ordinære ansvarsforhold og kommandoforhold ikke strekker til, og omlegging eller ekstra tilførsel av ressurser er nødvendig». Som eksempler er det i forarbeidene vist til situasjoner med massiv pasientpågang eller massetilstrømning av flyktninger til en kommune på grunn av atomulykke, naturkatastrofe, terrorhandlinger, sammenbrudd i infrastruktur; evakuering på grunn av radioaktivt nedfall eller krig; masseskadesituasjoner, store epidemier og masseforgiftningssituasjoner, jf. Ot.prp.nr. 89 (1998–1999) side 142.

Det vil være situasjonen, hendelsens omfang og konsekvenser for liv, helse og velferd som er avgjørende for om det aktuelle forholdet skal kunne defineres som en krise eller katastrofe i henhold til bestemmelsen. Det er ikke et vilkår for å anvende fullmaktsbestemmelsene i loven at krisen eller katastrofen allerede er inntrådt eller med sikkerhet vil inntre. Loven kan også anvendes når det er stor sannsynlighet for at en ekstraordinær krise eller katastrofesituasjon vil oppstå i nærmeste fremtid, og konsekvensene for befolkningens liv og helse er meget alvorlige om situasjonen oppstår. Det er ifølge forarbeidene tilstrekkelig at det har funnet sted hendelser eller skjedd en utvikling som gjør at det er «er stor sannsynlighet for at en ekstraordinær krise eller katastrofesituasjon vil oppstå i nærmeste fremtid, og konsekvensene for befolkningens liv

og helse er meget alvorlige om situasjonen oppstår», jf. Ot.prp.nr. 89 (1998–1999) side 142. Terskelen for å kunne utløse fullmakter fremstår dermed lavere etter forarbeidene enn hva ordlyden i bestemmelsen isolert sett tyder på, jf. formuleringen «ved kriser og katastrofer».

Lovens fullmaktsbestemmelser ble utløst i 14 dager i 2010 for å sikre liv og helse da askeskyen fra et vulkanutbrudd på Island førte til stengt luftrom over Norge, jf. Kongelig resolusjon av 16. april 2010 nr. 521 Beredskapstiltak for å sikre liv og helse i situasjonen med stengt luftrom over Norge – anvendelse av fullmaktsbestemmelsene i helseberedskapsloven, jf. § 1-5 nr. 2 og §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2.

Etter dette har fullmaktsbestemmelsene vært utløst i tilknytning til helsemyndighetenes håndtering av koronapandemien. Dette skjedde første gang ved Kongelig resolusjon 6. mars 2020 nr. 238 Beredskapstiltak for å sikre liv og helse – utbrudd av koronavirus – anvendelse av fullmaktsbestemmelsene i helseberedskapsloven, jf. § 1-5 nr. 2 og § 3-1, § 4-1, § 5-1 og § 5-2, og ble siden forlenget for en måned av gangen inntil 14. april 2023, som var siste gang fullmaktshjemlene ble utløst i forbindelse med pandemihåndteringen.

5.3.4 Rekvisisjon

Når fullmaktsbestemmelsene er besluttet å gjelde, har departementet, på gitte vilkår, hjemmel til å rekvirere blant annet fast eiendom og løsøre.

Av loven § 3-1 første ledd følger at departementet, mot erstatning, kan rekvirere («kreve avstått til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet») «fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr». Eiendomsrett til fast eiendom kan bare kreves avstått når riket er i krig eller når krig truer, og formålet ikke kan oppnås gjennom tidsbegrenset bruksrett eller annen særlig rådighet over eiendommen, jf. bestemmelsens andre ledd.

Departementet kan også gi andre slik rekvisisjonsadgang, for eksempel kommuner, fylkeskommuner eller private virksomheter tilsvarende, jf. bestemmelsens tredje ledd. Etter fjerde ledd kan departementet pålegge eier eller bruker av løsøre å stille tingen til rådighet på et nærmere angitt sted.

Avståelsen kan kreves gjennomført straks, selv om erstatning ikke er betalt eller fastsatt, og kan eventuelt gjennomføres ved politiets hjelp «når det er nødvendig», jf. femte ledd.

5.3.5 Tjenesteplikt og beordring

Etter helseberedskapsloven § 4-1 første ledd første punktum, kan personell som er beordringspliktig etter loven § 1-4, pålegges av arbeidsgiver å arbeide utover ordinær arbeidstid. Dette gjelder kun dersom vilkårene etter loven § 1-5 er oppfylt. På samme vilkår kan departementet pålegge slikt personell å møte på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen de virksomheter som loven omfatter, jf. § 4-1 første ledd andre punktum.

Fullmaktene i § 4-1 gjelder uavhengig av arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven kapittel 10, jf. bestemmelsens sjette ledd.

Pålegg om tjenesteplikt i sosialtjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste kan også omfatte ansatte i Arbeids- og velferdsetaten etaten, jf. lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven) § 11 andre ledd. Med samtykke fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet kan Helse- og omsorgsdepartementet pålegge ansatte i Arbeids- og velferdsetaten tjeneste i helse- og sosialetaten med hjemmel i helseberedskapsloven § 4-1.

I bestemmelsens tredje ledd er det inntatt enkelte begrensninger når det gjelder hvem som kan pålegges tjenesteplikt eller beordring. Av femte ledd fremgår at tjenesteplikt bare gjelder «i den utstrekning styrkeoppbygging i Forsvaret ikke er til hinder», med mindre noe annet er bestemt i lov.

5.3.6 Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling

Departementet kan etter helseberedskapsloven § 5-1 første punktum pålegge virksomheter som er omfattet av loven «å ta imot og å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester til personer, uavhengig av hvor personene bor eller oppholder seg». Også her må vilkårene etter loven § 1-5 være oppfylt.

Etter bestemmelsens andre punktum kan departementet også bestemme at en «virksomhets ressurser innen helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten, herunder personellressurser, skal stilles til rådighet for en kommune, en fylkeskommune, et regionalt helseforetak eller staten». Bestemmelsen er etter forarbeidene ment å gi departementet mulighet til å «gjennomføre en helhetlig og samlet innsats og koordinering av helse- og sosialtjenesten», jf. Ot.prp.nr. 89 (1998–1999) side 149.

5.3.7 Omlegging og omsetningsrestriksjoner

Etter helseberedskapsloven § 5-2 første ledd kan departementet pålegge virksomheter som omfattes av loven «helt eller delvis å legge om driften, utvide driften eller flytte virksomheten». Departementet kan videre på samme vilkår pålegge «virksomheter som omfattes av loven § 1-3 første ledd bokstavene g, h og i, (...) å innføre restriksjoner på omsetningen og rasjonere sine varer.» Bestemmelsen vil omfatte vannverk, apotek, grossister og tilvirkere av legemidler og bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr.

Når det gjelder omsetning og restriksjoner på varer er det for vannverk sin del eventuelt snakk om å bestemme hvem som skal få vann dersom det ikke er nok til alle abonnenter. Departementet viser her særlig til høringsnotatets punkt 11.4.2.8 om lovens anvendelse for leverandører av kjemikalier og utstyr og punkt 22.4.4.2 om adgangen til å rekvirere kjemikalier og utstyr fra leverandører og produsenter.

Fra 26. mai 2020 til 1. juli 2023 hadde § 5-2 et andre ledd som ga adgang til å pålegge virksomheter som departementet, med hjemmel i § 1-3 andre ledd hadde bestemt at skulle omfattes av loven, omsetningsrestriksjoner og rasjonering. Bestemmelsen kom inn i

forbindelse med helsemyndighetenes håndtering av pandemien. Bestemmelsen ble opphevet med virkning fra 1. juli 2023.

I Prop. 127 L (2022–2023) *Endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven (isolering og smittekarantene m.m.)*, fremlagt 16. juni 2023, ble det foreslått endringer i § 5-2 første ledd andre punktum, slik at også virksomheter som omfattes av lovens § 1-3 første ledd ny bokstav i («bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr»), skal omfattes av § 5-2. Stortinget har sluttet seg til lovforslaget, jf. Innst. 111 L (2023-2024) og Lovvedtak 35 (2023-2024). For nærmere omtale av lovforslagets øvrige elementer vises det til punkt 11.4.2.10 og punkt 18.4.4.

5.3.8 Forskriftshjemler

Av helseberedskapsloven § 6-2 første ledd følger at departementet kan gi forskrifter «til utfylling og gjennomføring av denne loven, herunder om tilsyn med planlegging og gjennomføring av tiltak etter loven og om administrasjon og drift av helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten under krig, samt ved kriser og katastrofer i fredstid.», se blant annet helseberedskapsforskriften.

Forutsatt at betingelsene etter § 1-5 er oppfylt, kan Kongen etter § 6-2 andre ledd gi forskrifter om «drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning». Bestemmelsen er laget etter mønster av beredskapsloven § 3, men med et mer begrenset anvendelsesområde. Bestemmelsen er også begrenset sammenlignet med forskriftshjemmelen i smittevernloven § 7-12, jf. punkt 5.4.13 nedenfor.

Paragraf 6-2 inneholdt tidligere et tredje og fjerde ledd om at Kongen på nærmere vilkår kunne gi «midlertidige forskrifter som utfyller, supplerer eller fraviker pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 så langt det er nødvendig for å bidra til likeverdig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester og en forsvarlig og effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser» og også fravike tilhørende pliktbestemmelser i tjenestelovgivningen, og om at Kongen kunne gi «midlertidige forskrifter som fraviker bestemmelser i lov vedrørende markedsføring og ibruktaking av medisinsk utstyr og personlig verneutstyr for å ivareta helse- og omsorgstjenestens tilgang til medisinsk utstyr og personlig verneutstyr.». Også her forutsatt at betingelsene etter § 1-5 er oppfylt. Disse bestemmelsene kom inn i forbindelse med helsemyndighetenes håndtering av pandemien og ble opphevet 1. juli 2023. For nærmere omtale og forslag til fremtidig regulering vises det til Prop. 127 L (2022–2023) *Endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven (isolering og smittekarantene m.m.)*, fremlagt 16. juni 2023. Stortinget har sluttet seg til lovforslaget, jf. Innst. 111 L (2023-2024) og Lovvedtak 35 (2023-2024). For nærmere omtale av lovforslagets øvrige elementer vises det til punkt 11.4.2.10 og punkt 18.4.4.

Loven § 6-2 må også sees i sammenheng med § 2-2 og departementets hjemmel til å gi forskrifter om beredskapsforberedelser og -arbeid, jf. ovenfor under punkt 5.3.2.

5.4 Smittevernloven

5.4.1 Innledning

Formålet til lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) er «å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land». Loven pålegger kommuner, helseforetak, statsforvaltere og sentrale helsemyndigheter en rekke oppgaver, i tillegg til å inneholde særskilte fullmakter for kommuner og sentrale helsemyndigheter til å iverksette tiltak for å beskytte befolkningen og for å bekjempe smittsomme sykdommer og allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Ved utbrudd eller fare for utbrudd av en «allmennfarlig smittsom sykdom» utløses flere hjemler i loven til å iverksett smitteverntiltak og tvangstiltak, jf. definisjonen av henholdsvis «allmennfarlig smittsom sykdom» og «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» i loven § 1-3 første ledd nr. 3 og nr. 4.

Allmennfarlige sykdommer er eller kan utgjøre en trussel mot folkehelsen, som innebærer at særlig krevende forholdsregler må tas i bruk for å forebygge eller motvirke overføring av sykdommen. Loven har videre særskilte hjemler ved «alvorlig utbrudd» av allmennfarlig smittsom sykdom, eller ved «fare for» slikt utbrudd. Dette gjelder med andre ord mer ekstraordinære situasjoner som for eksempel pandemier. Som eksempel på slike særskilte hjemler vises det til loven § 4-1 andre ledd. Etter forarbeidene vil et utbrudd anses «alvorlig» hvis det dreier seg om en «allmennfarlig smittsom sykdom med utpreget spredningstendens og det vil kreves omfattende tiltak for å bringe utbruddet under kontroll», jf. Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) *Om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)* side 122 og 123.

Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder, jf. § 1-5 første ledd.

Tvangstiltak kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep, jf. § 1-5 andre ledd.

5.4.2 Vaksinerings og immunisering av befolkningen

Etter loven § 3-8 første ledd skal departementet fastlegge et nasjonalt program for vaksinerings mot smittsomme sykdommer. Kommunen skal tilby befolkningen dette programmet. Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, kan departementet ved forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere, jf. § 3-8 andre ledd.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet ved forskrift ilegge ikke-vaksinerte personer restriksjoner på bevegelse, deltakelse i organisert samvær eller andre nødvendige forholdsregler, jf. tredje ledd. Dersom det ikke er tid til å

fastsette forskrift er Helsedirektoratet i bestemmelsens tredje ledd gitt myndighet til å gi pålegg om vaksinerings og restriksjoner etter lovens § 3-8 andre og tredje ledd. Vilkår for slikt pålegg er at det er nødvendig å vaksinere befolkningen umiddelbart, og at manglende vaksinerings vil føre til at folkehelsen blir vesentlig skadelidende.

Etter § 3-9 kan departementet blant annet gi forskrift om «plikt for helsepersonell til å foreta eller medvirke» ved undersøkelser og vaksinerings etter § 3-8 andre og tredje ledd.

5.4.3 Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanerings

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, kan kommunestyret etter § 4-1 første ledd vedta:

- a. forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet,
- b. stenging av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks. barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der,
- c. stans eller begrensninger i kommunikasjoner,
- d. isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen,
- e. pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avliving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanerings

Ved et «alvorlig utbrudd» av en allmennfarlig smittsom sykdom hvor det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, kan Helsedirektoratet fatte vedtak som nevnt over for hele eller deler av landet etter § 4-1 andre ledd. Ved håndterings av koronapandemien trådte Helse- og omsorgsdepartementet, som overordnet organ, inn i direktoratets hjemler.

Kommunestyret kan om nødvendig sørge for at tiltak blir satt i verk og bruke eller skade eiendom etter tredje og fjerde ledd.

I hastesaker kan kommunelegen ifølge femte ledd utøve den myndigheten kommunestyret har etter § 4-1.

5.4.4 Karantenebestemmelser

Kongen har etter smittevernloven § 4-3 hjemmel til å gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land, herunder «bestemmelser om tiltak som gjelder personer, dyr, transportmidler, varer og gjenstander» som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer.

I forbindelse med pandemien fikk bestemmelsen nytt, midlertidig andre og tredje ledd. Av andre ledd fulgte det at når sykdommen covid-19 utløst av SARS-CoV-2 regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom, «kan Kongen for å forebygge eller motvirke overføring

av SARS-CoV-2 gi forskrift om hvor og hvordan personer som reiser inn til Norge, skal gjennomføre karantene». Bestemmelsen ga også Kongen hjemmel til å gi «forskrift om egenandel for personer i karantene eller deres arbeids- eller oppdragsgiver til dekning av kostnader ved karanteneopphold».

Med hjemmel i bestemmelsen ble det i forskrift 27. mars 2020 nr. 470 om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften) fastsatt innreisetiltak i form av blant annet krav om test før avreise til Norge, krav om test ved innreise til Norge og innreisekarantene.

Bestemmelsen ble opphevet med virkning fra 1. juli 2022.

5.4.5 Bestemmelser om isolering og begrensninger i bevegelsesfrihet mv.

I forbindelse med pandemien fikk loven en ny, midlertidig § 4-3 a. Bestemmelsen fastslo at Kongen for å forebygge eller motvirke overføring av SARS-CoV-2, kunne:

«gi forskrifter om isolering og andre begrensninger i bevegelsesfrihet for personer som har, eller etter en faglig vurdering antas å ha, SARS-CoV-2. Slike forskrifter kan bare gis dersom sykdommen covid-19 utløst av SARS-CoV-2 regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 1-4. Det samme gjelder for personer som har økt risiko for SARS-CoV-2 etter nærkontakt med smittet eller antatt smittet person.»

Videre fremgikk at det i slik forskrift også kunne fastsettes «nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med eller til erstatning for isolering eller begrensninger i bevegelsesfriheten».

Med hjemmel i denne bestemmelsen ble det i covid-19-forskriften gitt bestemmelser om isolering og smittekarantene.

Bestemmelsen ble opphevet med virkning fra 1. juli 2023. I Prop. 127 L (2022–2023) *Endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven (isolering og smittekarantene m.m.)*, fremlagt 16. juni 2023, ble det foreslått en ny § 4-3 a. Den foreslåtte bestemmelsen gjør det mulig, ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, å gi forskrifter om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten, på nærmere vilkår. Bestemmelsen er ikke begrenset til å gjelde SARS-CoV-2. Stortinget har sluttet seg til lovforslaget.

5.4.6 Gravferd og transport av lik

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan kommunestyret «vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd, herunder bestemme at avdøde personer skal kremeres, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak i forbindelse med gravferder», jf. smittevernloven § 4-6 første ledd.

Med hjemmel i bestemmelsens andre ledd har Helse- og omsorgsdepartementet fastsatt forskrift 3. april 1998 nr. 327 om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd.

5.4.7 Massemedier – informasjonsplikt

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet eller Helsedirektoratet etter § 4-8 pålegge ethvert innenlandsk massemedium å ta inn meldinger til hele eller deler av befolkningen.

5.4.8 Innsatsplikt mv. for kvalifisert helsepersonell

Smittevernloven § 4-9 gir regler om innsatsplikt for kvalifisert helsepersonell. Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom har helsepersonell med nødvendig opplæring plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet etter kommunestyrets nærmere bestemmelse.

5.4.9 Plikt til å oppsøke lege og å la seg undersøke, tvungen legeundersøkelse, innleggelse og kortvarig isolering

Etter smittevernloven § 5-1 første ledd skal «den som har grunn til å anta at han selv eller noen han har omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, [...] snarest gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse». Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen eller eventuelt kommunen be en smittet person om å la seg undersøke av lege, jf. § 5-2 første ledd. Motsetter den smittede personen seg dette, kan smittevernnemnda gjøre vedtak om tvungen legeundersøkelse og kortvarig isolering, jf. § 5-2 andre ledd. Det følger av § 4-10 fjerde ledd at politiet etter anmodning skal bistå med gjennomføringen av blant annet tiltak som nevnt her.

5.4.10 Tvungen isolering i sykehus

Når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom skal legen eller kommunelegen be en smittet person om å la seg isolere, jf. § 5-3 første ledd. Dersom personen motsetter seg det, kan smittevernnemnda vedta tvungen isolering for opptil tre uker når dette «etter en helhetsvurdering er den klart mest forsvarlige løsningen i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinngrepet må antas å medføre». Det må i tillegg være «overveiende sannsynlig at andre ellers vil bli smittet», jf. bestemmelsens andre ledd.

Ved nytt vedtak kan isoleringstiden forlenges med opptil seks uker om gangen inntil ett år fra første vedtak. Vedtaket kan forlenges utover ett år dersom det er nødvendig å fullføre behandling av allmennfarlig smittsom sykdom av «særlig alvorlig karakter» for å forhindre smitteoverføring, jf. bestemmelsens tredje ledd.

Det følger av § 4-10 fjerde ledd at politiet etter anmodning skal bistå med gjennomføringen av blant annet tiltak som nevnt her.

5.4.11 Hastevedtak om tvungen legeundersøkelse og tvungen isolering i sykehus

Etter gjeldende § 5-8 kan det treffes hastevedtak om tvungen legeundersøkelse og kortvarig isolering etter § 5-2 og § 5-3. Hastevedtak skal treffes av kommunelegen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen sammen. Vilkåret er at «hensynet til smittevernet tilsier at vedtaket blir fattet», og det skal «særlig legges vekt på åpenbar fare for smitteoverføring». Hastevedtak om tvungen isolering gjelder frem til smittevernnemnda har vurdert saken, men ikke utover sju dager.

5.4.12 Forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap

Departementet kan etter § 7-11 andre ledd bestemme at helseberedskapsloven skal gjelde på «tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet», blant annet for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap. Helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser kan dermed anvendes til eksempelvis rekvisisjon av bygninger eller materiell for å opprette vaksineringsstasjoner og smitteisolat.

5.4.13 Særlig fullmakt for Kongen – loven § 7-12

Etter § 7-12 er Kongen gitt fullmakt til å gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold, og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning. Forutsetningen er at «et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom truer folkehelsen, eller når det er fare for et slikt utbrudd, og det på grunn av disse forhold er fare ved opphold.» Det fremgår at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende.

Bestemmelser må gis med formål om å «trygge folkehelsen» og for at det skal kunne settes inn «tiltak til vern om befolkningen.» Fullmakten er i forarbeidene forutsatt brukt «bare i en alvorlig nasjonal krisesituasjon» jf. Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) side 177.

Ved oppstarten av pandemien ble smittevernloven § 7-12 benyttet som hjemmel for en rekke tiltak. Behovet for å benytte bestemmelsen bortfalt i praksis etter vedtagelse av de midlertidige bestemmelsene i §§ 4-3 og 4-3a, jf. ovenfor under punkt 5.3.4 og punkt 5.3.5, samt midlertidig lov 19. juni 2020 nr. 83 om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen (opphevet 1. mai 2022). For nærmere omtale av § 7-12 vises det også til kapittel 23.

5.5 Beredskapsloven

5.5.1 Generelt

Ved behandling av lov 15. desember 1950 nr. 7 om særlige rådgjerd under krig, krigsfare og liknende forhold (beredskapsloven) tok Stortinget prinsipielt stilling til hvorvidt håndtering av nødssituasjoner skulle skje på grunnlag av ulovfestede prinsipper om nødrett eller om vilkår for utøvelse av slik nødrett burde reguleres i lovs form.

Stortinget valgte det siste og vedtok en sektorovergripende fullmaktslov som gir regjeringen fullmakter til å gi bestemmelser med lovs innhold i krig og krigslignende situasjoner.

Beredskapslovens saklige virkeområde er delvis overlappende med en rekke andre sektorspesifikke beredskapslover og beredskapshjemler. Når riket er i krig eller krig truer eller rikets selvstendighet eller sikkerhet er i fare, kommer dermed også flere andre beredskapslover og fullmakts- og unntaksbestemmelser i lovgivningen til anvendelse, jf. for eksempel lov 25. juni 2010 nr. 45 om sivil beskyttelse og beredskap (sivilbeskyttelsesloven) § 17 eller helseberedskapsloven § 4-1.

Når det gjelder lovens virkeområde, har Beredskapsutvalget senere lagt til grunn at beredskapsloven ikke kan anvendes ved kriser «som ikke har internasjonale dimensjoner», det vil si ved kriser av utelukkende nasjonal karakter, for eksempel isolerte tilfeller av terrorisme eller annen kriminalitet, humanitære katastrofer, naturkatastrofer, storulykker eller massetilstrømming av flyktninger, jf. NOU 1995: 31 *Beredskapslovgivningen i lys av endrede forsvars- og sikkerhetspolitiske rammebetingelser*, punkt 4.5.5.3.

Departementet vil for ordens skyld også vise til at §§ 11 og 12 i forskrift 26. mai 2005 nr. 876 Bevilgningsreglementet, er direkte anvendbare i krise og krig, og gir fullmakter til kongen i statsråd og statsforvalterne til å pådra nødvendige, uomgjengelige utgifter ut over Stortingets vedtak, i de tilfellene det er nødvendig før Stortinget kan fatte vedtak.

5.5.2 Kongens fullmakter dersom Stortinget er avskåret fra å utøve sin myndighet

Dersom Stortinget på grunn av krig er avskåret fra å utøve sin myndighet, følger det av beredskapsloven § 1 at Kongen kan «gjøre alle de vedtak som er påkrevd for å vareta rikets interesser under krigen og forberede overgangen til fredelige forhold». Anvendelse av loven § 1 kan altså bare skje på strenge vilkår: Norge må være i krig, Stortinget må være avskåret å utøve sin virksomhet og det må være behov for regulering.

Det finnes ikke en rettslig omforent definisjon av «krig», verken i folkeretten eller i norsk intern rett. Det kan pågå en «krig» i folkerettslig forstand uten at loven kommer til anvendelse. Forutsetningen er at Stortinget på grunn av denne krigen er avskåret fra å utøve sin virksomhet.

Dersom det gis bestemmelser av lovgivningsmessig innhold, skal disse snarest mulig meddeles Stortinget. Dersom bestemmelsene ikke tidligere er opphevet av Stortinget eller Kongen, opphører de senest å gjelde når funksjonstiden til det første storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt, sammenlign Grunnloven § 17 om provisoriske anordninger.

5.5.3 Kongens fullmakter i visse situasjoner selv om Stortinget er samlet eller kan sammenkalles

Selv om Stortinget er samlet eller kan sammenkalles, så har Kongen likevel fullmakt til å gi bestemmelser av lovgivningsmessig karakter i visse tilfeller. Det gjelder dersom Norge

er i krig eller krigsfare eller når rikets selvstendighet eller sikkerhet er i fare og det på grunn av dette er «fare for opphold», jf. § 3.

Det kan gis bestemmelser som fraviker gjeldende lovgivning dersom dette er nødvendig.

Terskelen for å benytte beredskapsloven er imidlertid høy. Den kan kun benyttes ved krig, krigsfare eller når Norges selvstendighet eller sikkerhet er i fare. For å benytte fullmakten i § 3 er det et vilkår at det er «fare for opphold», det vil si at det ikke er mulig å følge den ordinære lovgivningsprosessen. Bestemmelsen inneholder en oppramsing av hvilke formål som kan søkes oppnådd, sammenlign § 1 som gjelder «rikets interesser». Etter § 3 første ledd kan Kongen gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold:

«for å trygge rikets sikkerhet, den offentlige orden, folkehelsen og landets forsyninger, for å fremme og trygge militære tiltak og tiltak til vern om sivilbefolkning og eiendom og for å utnytte landets hjelpeskilder til fremme av disse formål. Herunder kan gis bestemmelser om utskriving av arbeidskraft til militære og sivile formål.»

Av andre ledd fremgår at slike bestemmelser snarest mulig skal meddeles Stortinget.

Dersom Stortinget ikke er samlet når bestemmelsene gis, skal det øyeblikkelig sammenkalles. Bestemmelser gitt med hjemmel i § 3 kan oppheves av Kongen eller Stortinget. Hverken lovgivningsfullmakten etter § 3 eller bestemmelser gitt med hjemmel i slik myndighet skal kunne opprettholdes med mindre det er enighet om dette mellom regjeringen og Stortinget.

Dersom regjeringen selv ikke har opphevet bestemmelsene innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget, skal regjeringen snarest mulig legge de frem for Stortinget som et lovforslag, jf. § 3 tredje ledd.

5.5.4 Statsforvalters fullmakter

Kongen kan etter § 5 gi Statsforvalter og andre lokale forvaltningsorganer samme myndighet som etter § 3 dersom et område er «avskåret fra forbindelse med Regjeringen eller det av andre grunner finnes nødvendig». Statsforvalter kan også utøve myndighet etter § 3 uten fullmakt fra Kongen, dersom det er «uomgjengelig nødvendig til varetakelse av samfunnsviktige interesser».

5.6 Næringsberedskapsloven

5.6.1 Generelt

Lov 16. desember 2011 nr. 65 om næringsberedskap (næringsberedskapsloven) er en tverrsektoriell lov med formål om «å avhjelpe forsyningsmessige konsekvenser av kriser ved å styrke tilgangen på varer og tjenester og sørge for nødvendig prioritering og omfordeling av varer og tjenester gjennom samarbeid mellom offentlige myndigheter og næringsdrivende», jf. § 1.

Loven fastsetter flere forskrifts- og tiltakshjemler som kan komme til anvendelse ved risiko for eller ved inntrufne kriser med forsyningsmessige konsekvenser. En krise er i forarbeidene generelt beskrevet som en situasjon av ekstraordinær karakter der

tilgjengelige ressurser og ordinære ansvarsforhold ikke strekker til og ekstra tilførsel av ressurser er nødvendig. Loven angir og definerer tre konkrete forhold som kan lede til kriser: etterspørselssjokk, tilbudssvikt og logistikkbrist, jf. § 4.

5.6.2 Forskriftsbestemmelser

Kongen har etter § 6 en rekke forskriftshjemler til å regulere tilgang på og omsetning av varer og tjenester, samt pålegge næringsdrivende nærmere bestemte plikter, herunder fremstilling av varer, yting av tjenester eller midlertidig avståelse av løsøre og fast eiendom.

Forutsetningen er at det foreligger en «risiko for etterspørselssjokk, tilbudssvikt eller logistikkbrist» som gjør det nødvendig å sørge for at blant annet befolkningens behov for varer og tjenester dekkes.

Forskriftskompetansen etter § 6 er delegert til Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet og Landbruks- og matdepartementet, jf. Kongelig resolusjon 16. juni 2017 nr. 820.

Dersom det foreligger «særlige grunner» kan departementet etter § 7 «gi en tidsbegrenset forskrift (...) som gjelder for inntil en måned av gangen, maksimalt 3 måneder». Slik forskrift kan fastsettes for å avverge at det kan oppstå en situasjon der en akutt krise ikke kan håndteres i tide som følge av det ikke er delegert myndighet fra Kongen.

5.6.3 Vedtak om særskilte tiltak

Etter § 8 er Kongen gitt hjemmel til å treffe enkeltvedtak om særskilte tiltak rettet mot næringsdrivende, enten med hjemmel direkte i loven eller i forskrift etter §§ 6 og 7. Dette kan blant annet være aktuelt der myndighetene som ledd i beredskapsforberedelser eller krisehåndtering ikke har kommet til enighet om avtaler med næringen, eller der det ikke er tid til å inngå avtaler. Forutsetningen er, som i § 6, at det foreligger en «risiko for tilbudssvikt, etterspørselssjokk eller logistikkbrist» som gjør det nødvendig å sørge for at blant annet befolkningens behov for varer og tjenester dekkes.

Kongens tiltakskompetanse er delegert til Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet og Landbruks- og matdepartementet, jf. Kongelig resolusjon 16. juni 2017 nr. 820.

Særskilte tiltak etter § 8 kan bare vedtas dersom man ikke kan oppnå formålet i tide på annen måte, forutsatt at den alternative måten ikke åpenbart medfører uforholdsmessige kostnader, jf. § 9. Pålegg om særskilte tiltak etter § 8 kan kreves gjennomført straks såfremt det er nødvendig for krisehåndtering, jf. § 10. Tiltakene må med andre ord stå i umiddelbar sammenheng med at en krise vil inntreffe.

Kongen kan etter § 14 delegere myndighet til kommuner og fylkeskommuner å gi forskriftsbestemmelser samt myndighet til å fatte vedtak om særskilte tiltak. Når særlige grunner foreligger, kan Kongen også delegere slik myndighet til næringsorganisasjoner og lignende sammenslutninger.

5.7 Matloven

5.7.1 Generelt

Lov 19. desember 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven) regulerer alle forhold knyttet til produksjon av mat og drikkevann. Loven er i stor utstrekning en fullmaktslov og flere hundre forskrifter er hjemlet i loven. En stor andel av forskriftsverket til loven er EØS-harmonisert. Lovens formålsbestemmelse skiller mellom hovedformålet, som er å sikre helsemessig trygge næringsmidler, og andre formål som skal fremmes eller ivaretas. Ved interesseavveining mellom ulike hensyn, skal hensynet til helse ifølge forarbeidene tillegges avgjørende vekt.

Formålsbestemmelsen understreker betydningen av at formålene ivaretas gjennom hele matproduksjonskjeden fra «jord/fjord til bord». Dette innebærer at den gjelder i primærproduksjon på land og i vann, herunder bruk av innsatsvarer, og gjennom ivaretagelse av dyre-, fiske- og plantehelse, ved import eller foredling av næringsmidler, herunder bruk av produksjonsprosesser og tilsetningsstoffer, ved oppbevaring, emballering, transport, merking og annen presentasjon, og til slutt ved omsetning eller eksport. Lovens krav til næringsmidler er satt ut fra en målsetning om at næringsmidlene ved normalt konsum ikke skal kunne forårsake sykdommer hos mennesker. Viktige risikoområder i forhold til helse er forekomst av smittestoffer, toksiner, tungmetaller, rester av plantevernmidler samt bruken av tilsetningsstoffer.

Etter § 2 omfatter loven «alle forhold» i forbindelse med produksjon, bearbeiding og distribusjon av innsatsvarer og næringsmidler, herunder drikkevann. Dette skal forstås som produksjonsledd fra og med primærproduksjon til overlevering til sluttforbruker.

Ved utbrudd av matbårne smittsomme sykdommer er oppklaringen og håndteringen av utbruddet et samspill mellom smittevernloven og matloven. I slike tilfeller er tiltak som har med smittede personer å gjøre hjemlet i smittevernloven, mens tiltak som er rettet mot maten og matomgivelser hjemlet i matloven.

5.7.2 Vann

Drikkevann er ofte omtalt som vårt viktigste næringsmiddel. Forskrift 22. desember 2016 nr. 1868 om vannforsyning og drikkevann (drikkevannsforskriften) regulerer produksjon av drikkevann og gjennomfører drikkevannsdirektivet. Formålet med forskriften er å beskytte menneskers helse ved å stille krav om sikker levering av tilstrekkelige mengder helsemessig trygt drikkevann som er klart og uten fremtredende lukt, smak og farge. Drikkevannsforskriften stiller blant annet krav om farekartlegging, vedlikehold av ledningsnett og krav til kompetanse og beredskap.

Ved siden av å være viktig for drikke, er vann i et beredskapsperspektiv nødvendig for å ha fungerende avløpssystemer. Totalt bortfall av vann medfører derfor i praksis at det rammede området blir ubeboelig dersom det ikke lenger er vann til toalettspyling. Vann er videre viktig av hensyn til brannvern og en rekke andre formål som kjølig av IT-systemer m.m.

5.7.3 Mat

Et omfattende utbrudd av matbåren smitte kan også være alvorlig, men det er vanskelig å tenke seg utbrudd i en slik skala at det kan representere en beredskapsutfordring.

Matmangel, at det er for lite mat i markedet, kan derimot være en beredskapstrussel, men det omfattes ikke av matloven da den ikke stiller krav om at noen har plikt til å produsere mat. Den stiller bare krav til den maten noen velger å produsere.

5.8 Sivilbeskyttelsesloven

5.8.1 Generelt

Lov 25. juni 2010 nr. 45 om sivil beskyttelse og beredskap (sivilbeskyttelsesloven) er en tverrsektoriell lov underlagt Justis- og beredskapsdepartementet med formål å «beskytte liv, helse, miljø, materielle verdier og kritisk infrastruktur og å tilrettelegge for bruk av det sivile samfunnets samlede ressurser ved bruk av ikke-militær makt» ved krig, samt «ved uønskede hendelser i fredstid».

Uønskede hendelser i fredstid er i loven § 3 bokstav a definert som «hendelser som avviker fra det normale, og som har medført eller kan medføre tap av liv eller skade på helse, miljø, materielle verdier og kritisk infrastruktur». Etter forarbeidene, jf. spesielle merknader til § 3 i Prop. 91 L (2009–2010) *Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven)*, skal begrepet kunne «fange opp de fleste situasjoner hvor det vil være behov for ekstra innsats av blant annet Sivilforsvaret». Herunder nevnes «ekstreme værforhold, ras, flom, dambrudd, fjellskred, akutt forurensning, atomulykker mv.»

Hjemler til evakuering av befolkningen kommer bare til anvendelse ved krig eller når krig truer, og altså ikke ved uønskede hendelser i fredstid.

Sivilbeskyttelsesloven har generelle regler om Sivilforsvaret (kapittel 2) tjenestegjøring i Sivilforsvaret (kapittel 3); kommunale plikter (kapittel 4) og kommunal beredskapsplikt (kapittel 5); sivile beskyttelsestiltak (kapittel 6) og rekvisisjon av fast eiendom, løsøre og rettigheter (kapittel 7). I tillegg har loven et kapittel 6A som gjennomfører et EU-direktiv om beskyttelse av europeisk kritisk infrastruktur.

5.8.2 Allmennhetens bistandsplikt i akuttsituasjoner

Den som i en konkret situasjon er utpekt som «leder i Sivilforsvarets innsats» kan etter § 5 første ledd kreve at enhver «deltar i innsats» når det er «akutt fare for skade på liv, helse, miljø eller materielle verdier, samt stille eiendom, bygninger og materiell til disposisjon» for Sivilforsvaret.

Av andre ledd fremgår at inngrep etter bestemmelsen bare er tillatt «dersom dette er nødvendig for å sikre liv eller verne verdier som er større enn det som går tapt eller står i fare for å gå tapt ved inngrepet, og ikke alene kan håndteres av Sivilforsvaret».

5.8.3 Tjenesteplikt i beredskapssituasjoner

I «beredskapssituasjoner» kan Justis- og beredskapsdepartementet pålegge tjenestepliktige å tjenestegjøre så lenge det «anses nødvendig», jf. § 9 a tredje ledd. Med beredskapssituasjoner menes «uønskede hendelser i freds- og krigstid hvor det kreves større innsats av mannskapene enn det som kan oppnås innenfor den ordinære tjenestetiden.»

5.8.4 Rekvisisjon

«I den grad det er nødvendig for oppfyllelse av lovens bestemmelser», kan Justis- og beredskapsdepartementet kreve avstått eiendomsrett, bruksrett eller annen særlig rådighet over fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag samt elektrisk kraft, jf. § 25 første og andre ledd. Departementet kan delegere kompetansen videre til kommuner, fylkeskommuner og private virksomheter, jf. tredje ledd. Avståelse kan kreves gjennomført straks, selv om erstatning ikke er betalt eller fastsatt, jf. sjette ledd.

5.8.5 Pålegg og enkeltvedtak

Sivilforsvarets myndigheter og tilsynsmyndigheten (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) «gir de pålegg og treffer de enkeltvedtak som er nødvendige for gjennomføring av bestemmelsene i denne loven», jf. § 34 første ledd. Ved «overhengende fare» kan tilsynsmyndigheten stanse virksomhet og kreve at nødvendige tiltak blir iverksatt straks, selv om pålegg ikke er gitt, jf. § 34 tredje ledd.

Ved «overhengende fare» kan også pålegg som er gitt, fullbyrdes etter tvangsfullbyrdelsesloven § 13-14 uten krav om dom. Dersom det er nødvendig, kan pålegg og tiltak gjennomføres med politiets bistand.

5.8.6 Sivil arbeidskraftberedskap

I lovens kapittel VII A er det nylig vedtatt bestemmelser som gir hjemmel til å regulere sivile arbeids- og tjenesteforhold og pålegge sivil arbeidsplikt (sivil arbeidskraftberedskap) når riket er i krig, krig truer eller rikets selvstendighet er i fare, jf. Prop. 11 L (2024–2025) *Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)*.

Proposisjonens forslag omhandler situasjoner hvor nasjonale sikkerhetsinteresser er truet og hvor trusselen har materialisert seg på en slik måte at skaden er nærliggende og aktuell. Slike situasjoner, som ligger øverst i krisespekteret, vil kunne kreve at staten trekker på samfunnets samlede ressurser for å understøtte forsvaret av landet, ivareta sivilsamfunnets grunnleggende funksjonalitet og beskytte sivilbefolkningen. Det foreslås også hjemmel til å regulere forberedende tiltak til sivil arbeidskraftberedskap i fredstid.

Lovproposisjonen følger opp anbefalingen fra NOU 2023: 14 *Forsvarskommisjonen av 2021*, punkt 13.5.4, som peker på behovet for at myndighetene i krise og krig må ha tilstrekkelige hjemler for å kunne pålegge private borgere og bedrifter plikt til å yte nødvendig bistand for å møte nasjonale trusler med samfunnets felles ressurser. Slik

rammeregulering med fullmaktsbestemmelser er også i tråd med anbefalingene fra Totalberedskapskommisjonen i NOU 2023:17 *Nå er det alvor*, punkt 31.8.2.

Stortinget vedtok bestemmelsene langt på vei i tråd med regjeringens forslag, men med enkelte prinsipielle endringer, jf. Innst. 199 L (2024-2025), Lovanmerkning 2 (2024-2025) og Lovvedtak 46 (2024-2025). Bestemmelsene trådte i kraft 1. juli 2025.

I lovproposisjonen påpekes det at en sikkerhetspolitisk krise eller krig kan arte og utvikle seg på ulike måter, og at behovene for tiltak kan endre seg over tid. Situasjonen kan også utløse behov for tiltak i geografisk avgrensede deler av landet eller i bestemte sektorer. For å kunne sikre at tilgjengelige arbeidskraftressurser i landet kan benyttes til å ivareta sentrale behov i sikkerhetspolitisk krise og krig, understrekes viktigheten av at regjeringen har tilstrekkelige fullmakter til å mobilisere sivil arbeidskraft. Det vises til at beredskapsloven § 3 gir regjeringen vide fullmakter til blant annet å skrive ut arbeidskraft til militære og sivile formål i sikkerhetspolitisk krise og krig. Det påpekes imidlertid at de grunnleggende forutsetningene for å ta i bruk fullmaktene etter beredskapsloven er at det ikke er tid til ordinær stortingsbehandling i den konkrete situasjonen, og at regjeringen snarlig skal sende lovforslag til Stortinget. Med henvisning til dette har departementet lagt til grunn at lovforslaget vil gi mer treffsikre og forutsigbare fullmakter som plasserer ansvaret for håndtering av sivil arbeidskraftberedskap hos regjeringen.

I tråd med forslaget i proposisjonen er det vedtatt lovregulering av sivil arbeidskraftberedskap som gir de ytre rammene for regulering av det sivile arbeidslivet i sikkerhetspolitisk krise og krig og der Kongen i statsråd gis fullmakter til å fastsette i forskrift nærmere detaljer i innretningen, herunder også gi bestemmelser som utfyller, supplerer eller fraviker lov, jf. sivilbeskyttelsesloven § 28 a.

I de nye bestemmelsene gis regjeringen fullmakt til ved forskrift å iverksette flere tiltak, der alvoret i og omfanget av situasjonen avgjør hvilke tiltak som tas i bruk, jf. §§ 28 c til 28 f. Kongen i statsråd kan beslutte å ta fullmaktene i bruk «for å understøtte forsvaret av landet, beskytte sivilbefolkningen eller ivareta samfunnets grunnleggende funksjonalitet» når «riket er i krig, krig truer eller rikets selvstendighet er i fare», jf. § 28 a.

Virkemiddelbruken skal til enhver tid oppfylle krav om nødvendighet og forholdsmessighet, jf. § 28 b første og andre ledd. Forslaget skal bidra til best mulig utnyttelse av samfunnets samlede arbeidskraftressurser for å beskytte rikets selvstendighet. Forslaget legger til rette for at en rekke sentrale spørsmål kan tas stilling til på forhånd og gir virkemidler som kan understøtte sivil arbeidskraftberedskap som tiltak i det sivile krigsforberedende arbeidet som foregår i fredstid.

Av § 28 b første ledd fremgår at forskriftene «skal meddeles Stortinget snarest mulig etter at de er vedtatt og kan tidligst tre i kraft 48 timer etter meddelelse, med mindre det er fare ved opphold.» Forskriftene kan bare gjelde for inntil tre måneder om gangen. Av bestemmelsens tredje ledd fremgår at forskriftene skal forelegges partene i arbeidslivet for uttalelse før de vedtas, «med mindre det er åpenbart unødvendig eller vil medføre en uforsvarlig forsinkelse».

Bestemmelsene er som nevnt et supplement til eksisterende beredskapslovgivning, og legger til rette for at det i sikkerhetspolitisk krise og krig kan vedtas forskrifter om sivil arbeidskraftberedskap, inkludert arbeidsplikt. Det nye lovkapittelet inneholder tre sentrale situasjonsbetingede bestemmelser om sivil arbeidskraftberedskap der Kongen gis fullmakt til å gi forskrifter om følgende:

- Adgangen til å etablere og avslutte arbeids- og tjenesteforhold (§ 28 c)
- Regulering av arbeids- og tjenesteforhold (§ 28 d) og
- Pålegg om arbeidsplikt (§ 28 e)

Når det gjelder betydningen av de nye lovbestemmelsene opp mot helseberedskapslovens regulering av tjenesteplikt og beordring, vises det til punkt 19.3 og 19.4, og også kapittel 23 når det gjelder fullmaktsbestemmelser som gir adgang til å fravike lov.

5.9 Strålevernloven

5.9.1 Generelt

Formålet til lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven) er å «forebygge skadelige virkninger av stråling på menneskers helse og bidra til vern av miljøet», jf. § 1.

Strålevernloven har bestemmelser om planleggingsplikt og beredskap i loven § 15 og § 16. Av § 15 første ledd følger at departementet i forskrift eller enkeltvedtak kan «pålegge virksomheter som omfattes av loven, en planleggingsplikt for håndtering av uhell og ulykker, samt krav til avholdelse av øvelser».

I akuttfasen av en atomulykke eller annen hendelse som kan innebære ioniserende stråling eller spredning av radioaktivitet, kan Kongen etter loven § 16 første og andre ledd, «uten hinder av myndighetstildeling i andre lover, pålegge statlige og kommunale organer å gjennomføre evakuering, adgangsbegrensning til områder, samt tiltak knyttet til næringsmidler, herunder drikkevann og beskyttelse av dyr». Videre kan private og offentlige virksomheter pålegges «å gjennomføre analyser og innhente opplysninger for vurdering av situasjonen». Det presiseres i strålevernloven § 16 fjerde ledd at etater med oppgaver i atomberedskapen, plikter å følge samordnet planverk.

Kongens kompetanse etter § 16 er delegert til Kriseutvalget for atomberedskap.

5.9.2 Organisering av atomberedskapen

Av § 16 første ledd følger at «Kongen organiserer en beredskap mot atomulykker og andre hendelser som kan innebære ioniserende stråling eller spredning av radioaktivitet, for å beskytte liv, helse, miljø eller andre viktige samfunnsinteresser». For nærmere redegjørelse for organisering av atomberedskapen og ansvars plasseringen vises det til kongelig resolusjon 23. august 2013 Atomberedskap – sentral og regional organisering og forskrift. Resolusjonen inneholder «Delegering av Kongens myndighet etter Strålevernloven § 16 andre ledd til kriseutvalget for atomberedskap», jf. forskrift 23. august 2013 nr. 1024 og «Mandat for og sammensetning av Kriseutvalget for

atomberedskap med rådgivere, samt mandat for Statsforvalteren», jf. forskrift 23. august 2013 nr. 1023.

Strålevernlovens bestemmelser om planleggingsplikt og beredskap vurderes ikke i dette høringsnotatet. Departementet viser her til Helseberedskapsmeldingen hvor det punkt 4.6 er uttalt at regjeringen vil gjennomgå strålevernloven og kongelig resolusjon om atomberedskaper.

5.10 Legemiddeloven og apotekloven

Lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven) og lov 2. juni 2000 nr. 39 om apotek (apotekloven) inneholdt tidligere ikke særskilte bestemmelser om beredskap eller beredskapsplanplikt, se likevel helseberedskapsloven § 1-3 første ledd bokstav h og § 2-2 tredje ledd som sier at departementet kan fastsette forskrift om at slike virksomheter skal ha plikt til å utarbeide beredskapsplan for virksomheten.

Det følger av forskrift 21. desember 1993 nr. 1219 om grossistvirksomhet med legemidler § 5, at grossister som distribuerer legemidler til apotek, plikter å sikre et ekstra lager av legemidler i beredskap. Beredskapslageret skal omfatte henholdsvis tre eller seks måneders ordinær omsetning av legemidlene. Hvilke legemidler som er omfattet av beredskapsplikten følger av en liste som er vedlegg til forskriften. Apotekene selv har som nevnt ingen lovbestemt plikt til å ha et beredskapslager av legemidler.

Ved forskriftsendring 14. desember 2023 ble det fastsatt ny § 5a i forskrift om legemiddelgrossister. Bestemmelsen pålegger legemiddelgrossist omfattet av beredskapsplikten, jf. § 5, en rapporteringsplikt til Direktoratet for medisinske produkter. Bestemmelsen fastsetter også en kompensasjonsordning for beredskapsplikten. Den nye bestemmelsen i forskriften § 5a trådte i kraft fra 15. august 2024.

I Prop. 100 L (2023–2024) *Endringer i legemiddeloven og apotekloven (styrket legemiddelberedskap m.m.)* ble det foreslått en rekke endringer i legemiddeloven og apotekloven for å kunne innføre tiltak som skal bidra til å styrke legemiddelberedskapen og legemiddeltilgangen i Norge utenfor kriser og katastrofer. Forslaget grenser derfor opp mot helseberedskapslovens bestemmelser. Stortinget vedtok lovendringene i tråd med forslaget, jf. Innst. 373 L (2023-2024) og Lovvedtak 73 (2023-2024).

De nye bestemmelsene gir hjemmelsgrunnlag for å kunne iverksette ulike tiltak når det er fare for tilgangen til legemidler i Norge. Dette omfatter å kunne pålegge apotek og grossister restriksjoner ved utlevering og salg av legemidler, og å gi grossistene og apotekene plikt til å gi departementet elektronisk tilgang til lagerstatus, jf.

legemiddeloven § 14 og § 18 a. I tillegg gis det hjemmel til å kunne ilegge overtredelsesgebyr og tvangsmulkt ved brudd på flere av handlingsnormene som omfattes av loven, jf. legemiddeloven § 28 femte ledd og § 28 a andre ledd. Endringene bidrar til styrket legemiddelberedskap og ivaretar hensynet til folkehelsen og pasientsikkerheten.

Det ble også vedtatt endringer i legemiddeloven knyttet til grossistvirksomhet med legemidler, herunder hjemmelsgrunnlag for at myndighetene kan fastsette grossistavanse for legemidler som anskaffes av spesialisthelsetjenesten.

Ved forskriftsendring 30. april 2024 har departementet besluttet å forskriftsfeste en plikt til lagring av tre måneders normalforbruk av personlig verneutstyr, jf. helseberedskapsforskriften ny § 8a som trer i kraft 1. januar 2026. Plikten gjelder hansker, munnbind, åndedrettsvern, smittefrakk eller heldekkende drakt, samt briller eller visir. Lagrene for normalforbruk er ment som en førstelinjeberedskap inntil leveranser fra det nasjonale beredskapslageret for pandemisituasjoner kan nå ut.

5.11 Koronaloven

Regjeringen fremla 18. mars 2020 forslag om en midlertidig fullmaktslov for å avhjelpe konsekvenser av koronapandemien, jf. Prop. 56 L (2019–2020). Etter forslaget skulle regjeringen få fullmakt til å gi midlertidige forskrifter for å utfylle, supplere eller fravike gjeldende lovgivning for nødvendige tiltak relatert til utbruddet av covid-19. Lovforslaget innebar at forskrifter gitt i medhold av koronaloven snarest mulig etter kunngjøring skulle meddeles Stortinget, og at Stortinget til enhver tid kunne fatte vedtak som helt eller delvis opphevet forskriften, dersom minst en tredjedel av Stortinget var imot en forskrift.

Lovforslaget ble behandlet av Koronakomiteen på Stortinget. Stortinget vedtok flere endringer som innebar at regjeringens fullmakter ble innskrenket sammenlignet med lovforslaget. Det ble blant annet presisert at tiltakene måtte være nødvendige for å begrense forstyrrelsen av sentrale samfunnsfunksjoner, ikke normale samfunnsfunksjoner, slik som det opprinnelig ble foreslått. Det ble også inntatt en uttømmende liste over hvilke lover regjeringen kunne utfylle, supplere eller fravike i midlertidige forskrifter. Det ble videre bestemt at forskrifter hjemlet i koronaloven skulle vedtas av Kongen i statsråd og det ble innført en sperrefrist på en dag fra forskriften ble meddelt Stortinget til den trådte i kraft. Stortinget vedtok også en endring i lovens formålsbestemmelse slik at det tydelig gikk frem at koronaloven ikke kom til anvendelse «dersom formålet kan ivaretas gjennom normal lovbehandling i Stortinget.»

Loven trådte i kraft 27. mars 2020, jf. midlertidig lov 27. mars 2020 nr. 17 lov om forskriftshjemmel til å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven). Loven gjaldt opprinnelig for en måned, men ble senere forlenget til 27. mai 2020. Regjeringen meddelte 32 forskrifter til Stortinget i medhold av koronaloven. For fem av disse forskriftene ble det fremmet erklæringer fra et tilstrekkelig stort mindretall til at deler av forskriftene ikke trådte i kraft.

5.12 Sosialtjenesteloven

5.12.1 Generelt

Formålet til sosialtjenesteloven er å «bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.», jf. § 1 første ledd. Av bestemmelsens andre og tredje ledd fremgår at loven også skal «bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud» og

«bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.» Lovens bestemmelser om tjenester gjelder i utgangspunktet for alle som oppholder seg i riket, jf. § 2

5.12.2 Beredskapsbestemmelser

Kommunen skal «utarbeide en beredskapsplan for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap», jf. § 16 første ledd første punktum. Det fremgår videre at sosialberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner, jf. § 16 første ledd.

Bestemmelsen er en videreføring av den tidligere sosialtjenesteloven § 3-6 som kom inn i forbindelse med vedtagelse av helseberedskapsloven og må sees i sammenheng med denne lovens § 2-2, jf. høringsnotatet punkt 5.3 og kapittel 14.

Av § 16 andre og tredje ledd følger videre at kommunen «skal gi nødvendig hjelp under ulykker eller andre akutte situasjoner». Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen også «yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner.»

Se for øvrig omtale i punkt 14.3.1.2

5.13 NAV-loven

5.13.1 Generelt

I henhold til formålsbestemmelsen skal NAV-loven «legge til rette for en effektiv arbeids- og velferdsforvaltning, tilpasset den enkeltes og arbeidslivets behov og basert på en helhetlig og samordnet anvendelse av arbeidsmarkedsloven, folketrygdloven, sosialtjenesteloven, jf. § 1.

Av loven § 4 første ledd fremgår at «Arbeids- og velferdsetaten har ansvaret for gjennomføringen av arbeidsmarkeds-, trygde- og pensjonspolitikken.» Av § 8 første og andre ledd følger at Arbeids- og velferdsetaten skal gi sosialtjenesten bistand i saker som gjelder den enkelte brukeren og at etaten i sitt arbeid skal være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side.

5.13.2 Beredskapsbestemmelser

Arbeids- og velferdsetatens beredskapsplikt følger av loven § 10 som lyder:

«Arbeids- og velferdsdirektoratet har ansvar for at det utarbeides beredskapsplaner for å sikre opprettholdelse av virksomheten i etaten ved krise i fred eller krig. Planene skal inneholde krav til driftssikkerhet for rekrutteringsbistand og behandling av krav om ytelser og utbetaling. Direktoratet skal påse at det foreligger rutiner for lagring av materiell og utstyr, og rutiner for øvelser og opplæring av personell. Avtaler med leverandører av varer og tjenester til Arbeids- og velferdsetaten skal inneholde krav til leveringsdyktighet og informasjonssikkerhet ved slike situasjoner.

Arbeids- og velferdsetaten skal bistå med å håndtere endringer i arbeidskraftbehovet for prioriterte virksomheter ved kriser i fred eller krig. Dette omfatter blant annet formidling av registrerte arbeidsledige og frivillige som melder seg til etaten. Arbeids- og

velferdsdirektoratet kan gjennomføre beredskapsplanlegging i samarbeid med bemanningsforetak og andre utleiery av arbeidskraft. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om prioritet og formidling av arbeidskraft.»

Adgangen til beordring ved krise i freds- og krigstid er regulert i loven § 11. Av bestemmelsens første ledd følger at i situasjoner som nevnt i folketrygdloven § 25-17 første og andre ledd, jf. femte ledd (ved krig eller når krig truer eller ved kriser og katastrofer i fredstid), kan Arbeids- og velferdsdirektoratet «pålegge ansatte i Arbeids- og velferdsetaten å utføre arbeid ved andre organer i etaten.» Av bestemmelsens andre ledd følger at et pålegg om å gjøre tjeneste i sosialtjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter helseberedskapsloven § 4-1, også kan omfatte ansatte i etaten. Helse- og omsorgsdepartementet kan pålegge ansatte i etaten tjeneste i helse- og sosialetaten etter helseberedskapsloven med «[m]ed samtykke fra Arbeidsdepartementet». Se for øvrig omtale i punkt 14.3.1.2.

5.14 Folkehelseloven

Etter folkehelseloven har kommunen ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, herunder beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen også i en krise, samt som en del av beredskapen forebygge eller redusere mulige helsekonsekvenser av kriser, jf. loven § 1 og §§ 8 og 9. Folkehelseloven retter seg dermed mot å beskytte befolkningen mot helseskade, dvs. å unngå sykdom, mens beredskap etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven har hovedvekt på opprettholde eller tilby helsetjenester (behandling av syke) og omsorgstjenester også i helsekriser.

Folkehelseloven stiller krav om at kommunen og fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Dette betyr også oversikt over potensielle trusler mot folkehelsen. Kommunen skal føre tilsyn med faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 8 første ledd. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Dette innebærer både å ha oversikt og iverksette nødvendige tiltak, herunder gi pålegg om retting eller stansing av virksomheter, jf. loven § 14 og § 16.

I vurdering av helseutfordringer etter loven § 5 ligger det implisitt et krav om å vurdere forhold av beredskapsmessig karakter. Dette kan blant annet være industrivirksomheter med fare for kjemikalier, biologisk, radioaktiv forurensning eller annen type risiko som kan være en trussel mot befolkningens helse. Videre vil kommunen etter § 7 om tiltak for å møte helseutfordringer også måtte vurdere beredskap knyttet til risiko for ekstraordinære hendelser med betydning for folkehelsen.

Etter forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern skal kommunen gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse av faktorer i miljøet som kan ha negativ innvirkning på befolkningens helse, og legge det til grunn for sin beredskapsplanlegging, forskriften § 5 første ledd. Av bestemmelsen andre ledd fremgår at kommunen ved en miljøhendelse eller ved mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til helseskadelige

miljøfaktorer, skal iverksette nødvendige tiltak for å forebygge, håndtere og begrense negative helsekonsekvenser.

Kommunen skal i henhold til folkehelseloven §§ 27 og 28 ha samfunnsmedisinsk kompetanse og beredskap. Kommunelegen har hastekompetanse på vegne av kommunen i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, og har blant annet ansvar for epidemiologiske analyser. Av loven § 28 følger av første ledd at «Kommunen, fylkeskommunen, statsforvalteren, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1». Av § 28 andre ledd fremgår at kommunen skal «utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter denne lovens kapittel 3, i samsvar med helseberedskapsloven. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.»

I Prop. 82 L (2024–2025) *Endringer i folkehelseloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap)* foreslo Helse- og omsorgsdepartementet en rekke endringer i folkehelseloven. I tillegg til enkelte tekniske eller redaksjonelle endringer, ble det blant annet foreslått endringer knyttet til det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet, reguleringen av helsemessig beredskap (tydeliggjøring av at kommunen skal ha oversikt over forhold av beredskapsmessig karakter), samfunnsmedisinsk kompetanse og statlig folkehelsearbeid. Det ble videre foreslått å flytte enkelte bestemmelser fra forskrift om miljørettet helsevern inn i loven. Stortinget har sluttet seg til endringene, jf. Innst. 332 L (2024–2025) og Lovvedtak 81 (2024–2025), som trer i kraft 1. januar 2026.

5.15 WHO's internasjonale helsereglement (IHR) – IHR-forskriften

Medlemslandene har nylig fremforhandlet en revisjon av Det internasjonale helsereglementet (IHR, 2005). Det internasjonale helsereglementet (IHR) er et regelverk for å hindre internasjonal spredning av sykdom og inneholder regler for varsling og vern mot internasjonale helsetrusler. Samtidig ønskes det å unngå unødvendige forstyrrelser i internasjonal handel og reisevirksomhet. Verdens helseorganisasjon (WHO) kan erklære en internasjonal folkehelsekrise dersom en hendelse utgjør en helsetrussel mot andre land og fordrer koordinering av tiltak.

Erfaringene fra koronapandemien ledet frem til vedtak om endringer i IHR. Pakken med endringer ble vedtatt ved konsensus, det vil si uten avstemning, av den syttisjuende verdens helseforsamling den 1. juni 2024.

Hovedinnholdet av endringene i IHR er:

1. Ny definisjon av pandemikrise - «pandemic emergency» - for å utløse mer effektivt internasjonalt samarbeid som svar på hendelser som er i fare for å bli, eller er, en pandemi
2. Bestemmelser om styrket tilgang til helseprodukter og finansiering for kapasitetsbygging for å forberede og respondere på internasjonale folkehelsekriser, særlig for lavinntektsland

3. Etablering av en komité for å fremme og støtte samarbeid mellom statspartene for effektiv implementering av IHR
4. Krav om å utpeke nasjonal IHR-myndighet for koordinering av gjennomføringen innen og mellom land og
5. Økt detaljnivå av kapasitetene som land skal ha på plass på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Ved kongelig resolusjon 4. april 2025 har Norge sluttet seg til endringene. I resolusjonen er det blant annet uttalt:

«Helsereglementet er folkerettslig bindende og 2024-endringene må derfor vurderes opp mot den alminnelige prosedyren for traktatinngåelse. Endringene anses som en sak av viktighet og som etter Grl. § 28 bør besluttet av Kongen i statsråd. Det følger av Grl. § 26 andre ledd at traktater «om saker som er av særlig stor viktighet, og i alle tilfeller traktater hvis iverksettelse etter Grunnloven nødvendiggjør en ny lov eller stortingsbeslutning, blir først bindende når Stortinget har gitt sitt samtykke dertil». Videre følger det av Grl. § 115 første ledd at Stortinget med tre fjerdedelsflertall kan «samtykke i at en internasjonal sammenslutning som Norge er tilsluttet eller slutter seg til, på et saklig begrenset område skal ha rett til å utøve beføyelser som etter denne Grunnlov ellers tilligger statens myndigheter». Da IHR ble vedtatt i 2005 ble reglementet ikke forelagt Stortinget for gjennomføring. IHR-reglementet ble delvis implementert gjennom IHR-forskriften ved Kongelig resolusjon av 21. desember 2007 om forskrift og varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften), publisert i Norsk Lovtidend, 2007 hefte 13, s 1917. Gjennomføring av 2024-endringene vil ikke kreve lovendring og endringsbehovene i forskrift er begrensede. Endringer i forskriften vil i hovedsak være tekniske og begrepsmessige endringer. Det vil måtte vurderes om det må fremgå av forskriften at Helse- og omsorgsdepartementet er nasjonal IHR-myndighet.

Tilslutning til IHR og 2024-endringene innebærer ikke suverenitetsavståelse. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er ikke IHR eller endringene som nå er vedtatt av en slik art at Stortingets samtykke til tilslutning er nødvendig i medhold av Grl. §§ 26 eller 115. Dette gjelder også endringene sett i sammenheng med allerede vedtatt regelverk.»

Forskrift 21. desember 2007 nr.1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften) gjennomfører deler av IHR (2005) i norsk rett og etablerer Folkehelseinstitutt som et nasjonalt IHR-kontaktpunkt. Dette kontaktpunktet skal være tilgjengelig på 24-timers basis for varsling til og kommunikasjon med WHO. Kontaktpunktet skal informere Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre relevante myndigheter om slik varsling og kommunikasjon.

Deler av IHR 2005 er også innarbeidet i norsk rett gjennom blant annet smittevernloven § 4-3 og folkehelseloven § 29. IHR-forskriften gjennomfører også EUs beslutning om grensekryssende helsetrusler i norsk rett. Forskriften regulerer blant annet varslinger til og fra WHO og Europakommisjonen, og mulige smitteverntiltak i tråd med WHOs anbefalinger.

5.16WHO's pandemiavtale

Pandemiavtalen skal utfylle helsereglementet (IHR) og bidra til en forbedring i lands kapasiteter til å forebygge og håndtere pandemier samt sikre økt likeverdighet i tilgang til medisinske tiltak. Avtalen skal også bidra til en styrket kjede for utvikling av og tilgang på medisinske tiltak, forbedret utveksling av informasjon om helsetrusler, forsterket samarbeid på tvers av humanhelse-, dyrehelse- og klimasektorene, og styrking av helsesystemer.

Pandemiavtalen ble vedtatt av Verdens helseforsamling i mai 2025. Avtalen vil imidlertid først bli gjenstand for nasjonale ratifikasjonsprosesser og kunne tre i kraft når de nylig oppstartede forhandlingene om et eget vedlegg til pandemiavtalen om tilgang til patogener og fordelssdeling som følge av dette (Access and Benefit sharing mechanism) er sluttført.

6 Overordnet om andre lands rett

6.1 Danmark

Fremstillingen av dansk rett bygger i hovedsak på den omtale som er inntatt i Beredskapshjemmelsutvalgets utredning, jf. NOU 2019: 13, punkt 10.3.

Den danske grunnloven (Danmark Riges Grundlov) har ingen bestemmelser om unntakstilstand, men § 23 hjemler utstedelse av foreløpige lover dersom Folketinget ikke er samlet:

«I særdeles påtrængende tilfælde kan kongen, når folketinget ikke kan samles, udstede foreløbige love, der dog ikke må stride mod grundloven og altid straks efter folketingets sammentræden skal forelægges dette til godkendelse eller forkastelse.»

For å kunne gi foreløpige lover må det altså foreligge et «særdeles påtrængende tilfælde», at det haster og at Folketinget ikke kan samles. Bestemmelsen kan et stykke på vei sammenlignes med § 17 i den norske Grunnloven om provisoriske anordninger. Etter bestemmelsens ordlyd er det imidlertid ikke saklige eller materielle skranker for «foreløpige love» utover at de må ligge innenfor rammene av Grundloven. Vilkåret «særdeles påtrængende tilfælde» er et vilkår som tolkes strengt og med en svært høy terskel for anvendelse.

Beredskabsloven (3. april 2017 nr. 314) er den sentrale loven for regulering av myndighetenes kompetanse i krisesituasjoner. Formålet er å «forebygge, begrense og afhjælpe skader på personer, ejendom og miljøet» ved «ulykker og katastrofer, herunder terror- og krigshandlinger, eller overhængende fare herfor», jf. § 1 første ledd.

Loven regulerer i hovedsak beredskapsplanlegging og krisehåndtering på sentralt, regionalt og lokalt nivå, forsvarsministerens overordnede ansvar, øvrige ministeres sektoransvar og ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåer. Det danske «redningsberedskabet» omfatter statlig, statlig regional og kommunal redningsberedskap, jf. § 1 andre ledd. Forsvarsministeren er øverste administrativ myndighet for den statlige beredskapen, jf. § 4 første ledd, mens det er delegert til Beredskabsstyrelsen å lede den statlige redningsberedskapen, jf. § 5 første ledd.

Loven inneholder flere beredskapshjemler. Når det er nødvendig for å yte en «forsvarlig indsats mod skader på personer, ejendom og miljøet ved ulykker og katastrofer, herunder terror- og krigshandlinger», har «redningsberedskabet (...) uden retskendelse ret til i fornødent omfang at skaffe sig adgang til privat ejendom, om nødvendigt ved at gennembryde og fjerne hindringer», jf. § 21. Videre har blant annet politidirektøren etter lovens kapittel 4 hjemler til evakuering og andre tiltak, etter kapittel 8 har forsvarsministeren eller den ministeren bemyndiger hjemler til ekspropriasjon, i kapittel 9 hjemles diverse påbud og plikter for allmennheten ved brann mm., mens hjemler til å pålegge tjenesteplikt er gitt i lovens kapittel 10.

Kapittel 65 i sundhedsloven (2. november 2018 nr. 1286) regulerer planlegging og gjennomføring av helseberedskap. Etter loven § 210 første ledd skal «Regionsrådet og

kommunalbestyrelsen [...] planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at der sikres syge og tilskadekomne nødvendig behandling i tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger». Av bestemmelsens tredje ledd fremgår at private sykehus skal «planlægge og gjennomføre sådanne foranstaltninger, at de på tilsvarende måte som regionale sygehuse kan indgå i sygehusberedskabet». Etter § 211 kan helseministeren «i tilfælde av ulykker og katastrofer» pålegge regionsrådet eller kommunalbestyrelsen å «løse en sundhedsberedskapsoppgave på en nærmere bestemt måte».

6.2 Sverige

Fremstillingen av svensk rett bygger i hovedsak på den omtale som er inntatt i Beredskapshjemmelsutvalgets utredning, jf. NOU 2019: 13, punkt 10.2.

Beredskap ved krig og fare for krig er detaljert regulert i Regeringsformens (1974:152) kapittel 15. For kriser i fredstid har Regeringsformen ikke noen tilsvarende særskilt regulering. Slike kriser må derfor som utgangspunkt rettslig sett håndteres innenfor rammene av de alminnelige reglene i Regeringsformen, samt alminnelig lovgivning.

I Regeringsformen kapittel 8 («Lagar och andre föreskrifter») er det blant annet regler av betydning for regjeringens handlingsrom ved kriser. Riksdagen kan gjennom fullmaktshjemmel i lov bemyndige regjeringen til å vedta reguleringer innenfor saksområder som etter Regeringsformen ikke krever regulering i lovs form. Det kan for eksempel gjelde beskyttelse av liv, personlig sikkerhet eller helse, utlendingers opphold i riket, inn- eller utførsel av eiendeler, kommunikasjon og rasjonering. På denne bakgrunn har Riksdagen vedtatt flere lovfestede fullmaktshjemler til regjeringen for blant annet kriser i fredstid.

Etter Regeringsformen kapittel 15 § 6 første ledd har Riksdagen hjemmel til å gi lov som bemyndiger regjeringen til å regulere spørsmål som etter Regeringsformens system normalt må reguleres i lov. Bestemmelsen gjelder når riket er i krig eller når krig truer, eller ved ekstraordinære situasjoner som følge av krig eller krigstrussel som riket har befunnet seg i. Regjeringen kan imidlertid ikke gis fullmakt til å vedta, endre eller oppheve bestemmelser i «grundlag, riksdagsordningen eller lag om val till riksdagen». Den svenske beredskapsloven («Lag om totalförsvar och höjd beredskap (1992:1403)») er gitt med hjemmel i Regeringsformen kapittel 15 § 6. Det følger av § 6 andre ledd at det i en fullmaktslov gitt av Riksdagen etter første ledd, nøye skal angis under hvilke forutsetninger regjeringens forskriftskompetanse kan utøves.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) gir bestemmelser om hvordan «hälso- och sjukvårdsverksamhet» skal organiseres og utføres. Blant annet fremgår det av kapittel 7 § 2 tredje ledd fremgår at regionen skal planlegge «sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls». I kapittel 6 § 2 nr. 3 er det inntatt en generell fullmakt til regjeringen eller den myndighet regjeringen bestemmer, til å vedta regler om «hälso- og sjukvårdslagen i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser».

Lag om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (2006:544) har i henhold til kapittel 1 § 1 som formål å legge til rette for at kommuner og landsting reduserer egen sårbarhet og settes i stand til å håndtere blant annet krisesituasjoner i fredstid. Loven definerer i kapittel 1 § 4 «extraordinær hendelse» som en hendelse som «avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region».

Kommuner og regioner skal etter loven ha en nemnd som tar seg av oppgaver ved ekstraordinære hendelser i fredstid («krisledningsnämnd»), jf. kapittel 2 § 2. Nemnden kan blant annet vedta å «överta hela eller delar av verksamhetsområden» fra øvrige nemnder i kommunen eller regioner i den utstrekning det er nødvendig med hensyn til den ekstraordinære hendelsens art og omfang, jf. kapittel 2 § 4 første ledd.

6.3 Finland

Fremstillingen av finsk rett bygger på den omtale som er inntatt i Totalberedskapskommisjonens omtale i NOU 2023: 17, punkt 31.7. Som det fremgår har Koronautvalget i sin redegjørelse tatt utgangspunkt i Beredskapshjemmelsutvalgets utredning, jf. NOU 2019: 13, punkt 10.4.

Den finske beredskapsloven (Beredskapslag 29.12.2011/1552) har et sektorovergripende virkeområde, og reguler myndighetenes kompetanse når det foreligger unntakstilstand. Beredskapsloven ble benyttet for første gang under koronapandemien da Finland erklærte unntakstilstand to ganger.

Formålet med loven er å beskytte befolkningen i en unntakstilstand gjennom å sikre forsyninger til befolkningen og næringslivet, opprettholde rettssystemet, de grunnleggende frihetene og rettighetene og menneskerettighetene og trygge rikets territoriale integritet og selvstendighet, jf. § 1. Det følger av lovens § 3 at det er ulike situasjoner eller hendelser som kan kvalifisere til unntakstilstand.

Loven gjelder nå for følgende situasjoner:

1. Væpnet angrep mot Finland eller annet angrep av tilsvarende alvorlighetsgrad, samt forholdene umiddelbart etter angrepet
2. Trussel om væpnet angrep mot Finland eller annet angrep av tilsvarende alvorlighetsgrad, slik at beredskapshjemler etter denne loven må tas i bruk umiddelbart for å avverge virkningene av trusselen
3. Særlig alvorlige hendelser eller trusler mot forsyninger til befolkningen eller mot grunnlaget for landets næringsliv som innebærer en vesentlig risiko for samfunnets vitale funksjoner
4. En særlig alvorlig storulykke og forholdene umiddelbart etter den
5. En pandemi med konsekvenser som tilsvarer en særlig alvorlig storulykke
6. Trussel, aktivitet eller hendelse, eller kombinerte konsekvenser av dette for:
 - a. allmennhetens beslutningsevne
 - b. grensesikkerhet eller offentlig orden og sikkerhet

- c. tilgjengeligheten av nødvendige helsetjenester, sosiale velferdstjenester eller redningstjenester
- d. tilgang til energi, vann, mat, legemidler eller andre viktige varer
- e. tilgang til nødvendige betalings- og verdipapirtjenester
- f. funksjonen til samfunnets kritiske trafikksystemer
- g. funksjonen til informasjons- og kommunikasjonsteknologitjenester eller -systemer som opprettholder funksjonalitetene nevnt i bokstav a)-f)

Kompetansen til å erklære unntakstilstand ligger til statsrådet, i samråd med presidenten, jf. § 6. Dersom unntakstilstand erklæres, kan regjeringen gjennom forskrift beslutte at nærmere bestemte fullmakter utløses. Beslutningen må sendes til parlamentet umiddelbart og parlamentet avgjør om vedtaket skal gjelde eller oppheves.

Lovens del II regulerer hvilke fullmakter som kan utløses dersom en unntakstilstand som er beskrevet i § 3 er erklært. Fullmaktshjemlene gjelder for:

- sikring av finansmarkedet og forsikringsvirksomhet (kapittel 4)
- sikring av produksjon og distribusjon av varer og energiforsyning (kapittel 5)
- regulering av byggevirksomhet og byggevarer (kapittel 6)
- regulering av boligmassen (kapittel 7)
- endringer i trygd (kapittel 8)
- sikring av driften av elektroniske informasjons- og kommunikasjonssystemer og posttjenester (kapittel 9)
- sikring av transport og regulering av flytende drivstoff (kapittel 10)
- sikring av helse- og sosialtjenester (kapittel 11)
- forvaltning av statsfinansene (kapittel 12)
- offentlig- og privatrettslige ansettelsesforhold (kapittel 13)
- arbeidsplikt (kapittel 14)
- organiseringen av forvaltningen (kapittel 15)
- militær forsvarsberedskap (kapittel 16)
- beskyttelse av befolkningen og evakuering (kapittel 17)
- opprettholdelse av grensesikkerhet og offentlig orden og sikkerhet (kapittel 17a)

Av lovens kapittel 11 § 86 fremgår at «social- och hälsovårdsministeriet och Tillstånds- och tillsynsverket», for å sikre befolkningens behov for sosial- og helsetjenester, kan pålegge virksomheter innenfor sosial- og helsetjenesten å

1. utvidga eller lägga om sin verksamhet,
2. helt eller delvis flytta verksamheten från verksamhetsdistriktet eller verksamhetsorten till någon annan ort eller att ordna verksamhet också utanför sitt distrikt,
3. placera personer i behov av vård eller omvårdnad i sin verksamhetsenhet oberoende av vad som har bestämts, föreskrivits eller avtalats,
4. ställa en verksamhetsenhet eller en del av den till välfärdsområdets eller statliga myndigheters förfogande.

Med hjemmel i lovens kapittel 11 § 87 kan blant annet legemiddelprodusenter og apotek pålegges å utvide eller legge om sin virksomhet eller å flytte virksomheten helt eller delvis. I lovens kapittel 11 § 88 er det gitt hjemmel til å beslutte fravikelse av enkelte

pasient- og brukerrettigheter, herunder frister for rett til nødvendig helsehjelp på nærmere vilkår.

I lovens kapittel 1 § 4 er det presisert at lovens fullmakter kun må benyttes dersom de er nødvendige og forholdsmessige. Anvendelsen av fullmaktene må også skje i samsvar med Finlands internasjonaleforpliktelser, jf. kapittel 1 § 5.

7 Forholdet til Svalbard og personvernmessige konsekvenser av forslaget

7.1 Svalbard

Av helseberedskapsloven § § 1-2 følger at Kongen kan gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Som redegjort for i punkt 11.3 er det i § 8 i forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen, fastsatt at helseberedskapsloven og enkelte forskrifter skal gjelde for Svalbard. Sosialtjenesteloven kommer ikke til anvendelse på Svalbard.

I punkt 11.3 foreslår departementet at ny helseberedskapslov fortsatt skal gjelde for Svalbard, og det vises til dette punktet for nærmere beskrivelse av gjeldende rett og departementets vurdering.

7.2 Personvernmessige konsekvenser av forslaget

EUs personvernforordning er gjennomført i norsk rett ved lov 15. juni 2018 nr. 38 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) § 1. Personvernforordningen fastsetter regler om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger, samt regler om fri utveksling av personopplysninger.

Det er presisert i artikkel 1 at forordningen sikrer vern av fysiske personers grunnleggende rettigheter og friheter, særlig deres rett til vern av personopplysninger.

Personvernforordningen skal leses i lys av andre menneskerettigheter. Loven og forordningen gjelder ved «helt eller delvis automatisert behandling av personopplysninger og ved ikke-automatisert behandling av personopplysninger som inngår i eller skal inngå i et register» med mindre annet er bestemt i lov eller med hjemmel i lov, jf. loven § 2 første ledd.

Personvernforordningen bygger på noen grunnleggende prinsipper som følger av artikkel 5:

- Prinsippene om lovlighet, rettferdighet og åpenhet
- Prinsippet om formålsbegrensning
- Prinsippet om dataminimering
- Prinsippet om riktighet
- Prinsippet om lagringsbegrensninger
- Prinsippet om integritet og konfidensialitet
- Prinsippet om ansvar

Prinsippene gir uttrykk for både grunnleggende hensyn som personvernforordningen skal ivareta, og konkrete krav til hvordan personopplysninger skal behandles. Prinsippene er selvstendige regler som stiller krav til all behandling av personopplysninger. I tillegg skal de brukes i tolkningen av andre bestemmelser i forordningen og personvernbestemmelser i andre lover, blant annet lover som regulerer behandling av personopplysninger i helse- og omsorgssektoren.

Personvernforordningen artikkel 6 oppstiller de grunnleggende vilkårene for når behandling av personopplysninger kan finne sted, det vil si kravene til rettslig grunnlag

(behandlingsgrunnlag) for behandling av personopplysninger. All behandling av personopplysninger må ha grunnlag i et av de seks alternative behandlingsgrunnlagene i bokstav a til f. Dersom grunnlaget for behandlingen er artikkel 6 nr. 1 bokstav c (rettslig forpliktelse) eller e (oppgave i allmennhetens interesse og offentlig myndighetsøvelse), må det i tillegg finnes et supplerende rettsgrunnlag for behandlingen i EØS-retten eller nasjonal rett.

Personvernforordningen artikkel 9 oppstiller særskilte krav ved behandling av enkelte kategorier av personopplysninger som regnes som særlig sensitive, såkalte «særlige kategorier av personopplysninger». Dette omfatter blant annet helseopplysninger. Disse kravene gjelder i tillegg til kravet om behandlingsgrunnlag. Etter artikkel 9 nr. 1 er behandling av særlige kategorier av personopplysninger som utgangspunkt forbudt. I artikkel 9 nr. 2 bokstav a til j oppstilles det nærmere avgrensede unntak fra forbudet. Artikkel 9 nr. 2 bokstav g åpner for behandling som er nødvendig av hensyn til «viktige allmenne interesser». Behandlingen må «stå i et rimelig forhold til det mål som søkes oppnådd». Artikkel 9 nr. 2 bokstav i åpner for å behandle særlige kategorier av personopplysninger når det er nødvendig av allmenne folkehelsehensyn, blant annet «vern mot alvorlige grenseoverskridende helsetrusler». Disse unntakene forutsetter at behandlingen er tillatt i EØS-retten eller nasjonal rett, der det også må fastsettes egnede og særlige tiltak for å verne den registrertes rettigheter og friheter.

Den behandlingsansvarlige er ansvarlig for at behandlingen skjer i tråd med reglene i personopplysningsloven og personvernforordningen. Behandlingsansvaret påhviler i utgangspunktet den «som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes», jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 7.

Personvernforordningen kapittel III gir regler om den registrertes rettigheter, blant annet rett til informasjon og innsyn, retting, sletting og til å protestere mot behandlingen. Det vises til Prop. 56 LS (2017–2018) kapittel 10 for en generell omtale av den registrertes rettigheter etter forordningen.

Anvendelse av helseberedskapsloven vil bare i mindre grad forutsette at tjenestene må innhente, nedtegne og utveksle vurderinger om behov for helsehjelp og tjenestetilbud for konkrete pasienter eller brukere. Slik eventuell innhenting av personopplysninger vil imidlertid uansett være dekket av den generelle helse- og omsorgstjenestelovgivningen eller sosialtjenestelovgivningen.

Etter personvernregelverket skal tjenestene ha et behandlingsgrunnlag når personopplysninger behandles automatisk eller skal inngå i et register.

Behandlingsgrunnlaget vil normalt være forordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c (rettslig forpliktelse) eller bokstav e (allmennhetens interesse eller utøve offentlig myndighet).

Nedtegnelser som tjenestene gjør i en muntlig utveksling av opplysninger, faller inn under personvernregelverket. Slike nedtegnelser vil normalt inngå i en systematisert samling av opplysninger som tjenesten har om pasienten, for eksempel pasientjournal. Helse- og omsorgstjenesten kan nedtegne opplysninger som er relevante og nødvendige for å kunne yte «sine» lovpålagte tjeneste. Nedtegnelser vil ha behandlingsgrunnlag i forordningen

artikkel 6 nr. 1 bokstav a, c eller e, eventuelt også artikkel 9 nr. 2, samt i de supplerende rettsgrunnlagene som gjelder for helse- og omsorgstjenesten, jf. for eksempel smittevernloven § 6-1, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 og § 2-2 og helsepersonelloven §§ 39 og 40. Dersom opplysningene er underlagt lovbestemt taushetsplikt, vil det rettslige grunnlaget for tilgang til opplysningene også være del av det supplerende rettsgrunnlaget.

Departementet vil videre påpeke at den enkelte tjenesten vil ha behandlingsansvaret, og dermed ansvar for å følge personvernregelverket for alle personopplysninger som de behandler, herunder opplysninger som de deler med eller mottar fra andre offentlige tjenester. Oppmerksomhet og kunnskap om plikten til å sikre god oppfølging av regelverket, også prinsippene for behandling av personopplysninger etter forordningen artikkel 5, er avgjørende for tilliten mellom helse- og omsorgstjenesten og pasientene.

Departementet legger opp til å videreføre de grunnleggende prinsippene gjeldende helseberedskapslov med dette høringsforslaget. Forslaget innebærer ikke utvidede plikter for befolkningen, kommunene, spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten, det enkelte helse- og omsorgspersonell eller øvrige aktører eller økt behov for helsepersonellressurser.

Departementet mener de endringene som foreslås i ny helseberedskapslov kun innebærer beskjedne personvernkonsekvenser, sammenlignet med dagens lov. Departementet foreslår imidlertid å lovfeste en egen bestemmelse for å tydeliggjøre adgangen til å behandle personopplysninger. Bestemmelsen foreslås inntatt som § 8-5. Bestemmelsen inntas for å tydeliggjøre at det er klar hjemmel for behandling av personopplysninger som er nødvendig for å oppfylle lovens formål. Bestemmelsen er en tilpasning til personvernlovgivningen, og gir virkninger omfattet av loven rett til å behandle personopplysninger når dette er nødvendig for å utøve myndighet eller utføre andre oppgaver etter helseberedskapsloven. Bestemmelsen gir blant annet hjemmel til å behandle personopplysninger etter forslag til ny lov § 3-2, § 4-2 og § 6-2. Når det gjelder beredskapsregistre med hjemmel i loven § 2-4 vises det til høringsnotatet kapittel 15.

Av den foreslåtte § 8-5 første ledd fremgår at bestemmelsen også gir rett til å behandle særlige kategorier av personopplysninger etter personvernforordningen artikkel 9 og personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser etter personvernforordningen artikkel 10.

Det åpnes for at lovbestemmelsen kan utfylles nærmere i forskrift, jf. forslag til § 8-5 andre ledd.

8 Konstitusjonelle og folkerettslige rammer

8.1 Innledning

Konstitusjonelle og folkerettslige regler har betydning for hva slags regelverk om helseberedskap vi kan fastsette i Norge, hvem som kan fastsette slikt regelverk og hvordan fastsatt regelverk kan og skal praktiseres eller håndheves.

I dette kapittelet gis det en overordnet gjennomgang av de sentrale konstitusjonelle og folkerettslige rammer og krav. Fremstillingen er ikke ment å være uttømmende. Hensikten er primært å gi en kort fremstilling av regelverk som fremstår som særlig sentralt å vurdere eller hensynta både ved utforming og anvendelse av de fullmakter som følger av helseberedskapsloven. I tilknytning til høringsnotatets diskusjon om konkrete bestemmelser i forslaget til ny helseberedskapslov, jf. særlig kapitlene 17-19, 22 og 23, vil utvalgte deler av slikt regelverk bli redegjort for og vurdert mer konkret. De endelige vurderingene av hvilke begrensninger dette regelverket setter for anvendelse av helseberedskapsloven, herunder hvilke tiltak som kan innføres og i hvilken form og utstrekning, må gjøres konkret ved anvendelse av helseberedskapsloven.

De tema som omtales i dette kapittelet er også behandlet mer inngående i andre dokumenter. Departementet viser her særlig til NOU 2019: 13 *Når krisen inntreffer* (særlig kapittel 8), NOU 2023: 16 *Evaluerings av pandemihåndteringen* (særlig punkt 8.8 og punkt 8.9), NOU 2023: 17 *Nå er det alvor – Rustet for en usikker fremtid* (særlig punkt 31.3), *Kriseregulering – Lovgivning under koronakrisen*, (Red. Benedikte M. Høgberg, Eirik Holmøyvik, Christoffer C. Eriksen), Fagbokforlaget 2023 (særlig kapittel 8) og Prop. 11 L (2024-2025) *Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)* (særlig kapittel 3). Selv om disse dokumentene primært retter seg mot smittevernloven og dennes anvendelse, vil en rekke problemstillinger også være relevante overfor helseberedskapsloven.

De ulike statsorganenes myndighet er fastsatt gjennom Grunnloven. I henhold til Grunnloven er det Stortinget som vedtar lover. Samtidig følger det dels av Grunnloven selv, og dels gjennom konstitusjonell nødrett, at Kongen/regjeringen rent unntaksvis kan gi nye lover og også gi midlertidige bestemmelser som fraviker gjeldende lovgivning.

Menneskerettigheter er regulert i Grunnloven kapittel E og i internasjonale menneskerettighetskonvensjoner Norge har sluttet seg til. Fem menneskerettighetskonvensjoner er tatt inn i lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) som fastslår at disse konvensjonene går foran nasjonale lovbestemmelser når det oppstår konflikter mellom norsk lov og en internasjonal menneskerettighet, jf. loven §§ 2 og 3. De fem menneskerettighetskonvensjonene er:

- Europarådets konvensjon 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (EMK)
- FNs internasjonale konvensjon 16. desember 1966 om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)

- FNs internasjonale konvensjon 16. desember 1966 om sivile og politiske rettigheter (SP)
- FNs internasjonale konvensjon 20. november 1989 om barnets rettigheter (BK)
- FNs internasjonale konvensjon 18. desember 1979 om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner (KDK)

FNs internasjonale konvensjon 13. desember 2006 om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), er ikke inkorporert i norsk lov, men Norge har ratifisert konvensjonen i 2013. Ved ratifikasjonen er konvensjonen bindende for Norge og konvensjonen skal vektlegges ved tolkningen og anvendelsen av norsk rett. Regjeringen nedsatte 2. desember 2022 et juridisk ekspertutvalg som ble gitt i oppdrag å utrede konsekvensene av å inkorporere CRPD i norsk lov. Utvalget har særlig vurdert inkorporering i menneskerettsloven eller inkorporering i likestillings- og diskrimineringsloven. Utvalgets utredning av 15. januar 2024, Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter. Inkorporering i menneskerettsloven, har vært på høring og regjeringen har 29. august 2025 fremlagt Prop 162 L (2024-2025) *Endringer i menneskerettsloven mv. (inkorporering av FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne)*. Regjeringen foreslår i proposisjonen at FN-konvensjonen inkorporeres i menneskerettsloven.

Menneskerettighetene forplikter staten til å beskytte borgerne mot uforholdsmessige inngrep i frihetsrettigheter og mot hendelser som kan true retten til liv og helse. Det er en klar sammenheng mellom retten til beskyttelse mot trusler og ivaretagelse av friheter. Under pandemien ble det for eksempel gjort kortvarige inngrep i den enkeltes bevegelsesfrihet ved pålegg om isolering eller karantene for å hindre smittespredning som kunne true andres liv og helse. I tillegg ble det fastsatt omfattende befolkningsrettede tiltak, blant annet i form av stengning av skoler og barnehager. Både fordi sykdommen i seg selv kunne medføre alvorlig helserisiko og død for enkelte pasienter, men også fordi en ukontrollert og rask spredning av sykdommen ville overbelaste helse- og omsorgstjenesten slik at denne ikke ville være i stand til å sørge for akutt helsehjelp for andre alvorlige eller livstruende skader eller sykdommer.

8.2 Nødrett og derogasjon

8.2.1 Konstitusjonell nødrett og derogasjon fra Grunnloven og formell lov

I høringsnotatet kapittel 23 foreslår departementet å videreføre fullmaktsbestemmelsen i helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd som gir Kongen adgang til å gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning (derogasjon).

Sammenlignet med dagens bestemmelse foreslås det imidlertid flere endringer, både av teknisk og materiell art. Det foreslås blant annet å presisere at det med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen også skal være adgang til å fastsette forskrift som fraviker tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter fastsatt i lov. Dette innebærer en utvidelse sammenlignet med gjeldende rett.

Selv om helseberedskapslovens bestemmelse har et snevrere virkeområde enn smittevernloven § 7-12 som åpner for fravikelse av enhver lov, foreslår departementet at det i helseberedskapsloven inntas en regulering som i all hovedsak tilsvarer den regulering som foreslås i departementets høringsnotat av i dag om forslag til ny smittevernlov. Departementet foreslår derfor at det inntas en presisering av at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde også ved anvendelse av fullmaktshjemmelen i helseberedskapsloven, jf. lovforslaget § 7-1 fjerde ledd. Dette innebærer blant annet at derogasjonshjemmelen i helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd endres til en nødrettshjemmel hvor ordinær lovbehandling skal gjennomføres om mulig. De materielle og prosessuelle krav som etter beredskapslovens §§ 3 og 4 da vil gjelde overfor Stortinget vil etter departementets vurdering sikre en hensiktsmessig demokratisk og parlamentarisk kontroll fra Stortingets side ved regjeringens anvendelse av fullmaktshjemmelen.

Som nevnt foreslås det at det i ny helseberedskapslov inntas en derogasjonsregulering som i all hovedsak tilsvarer den regulering som foreslås i ny smittevernloven, og som i all hovedsak viderefører gjeldende smittevernloven § 7-12. Sistnevnte bestemmelse er en nødrettshjemmel som kodifiserer konstitusjonell nødrett. Bestemmelsen er bygget over samme lest som beredskapsloven § 3, og må derfor også forstås i lys av de grunnleggende forutsetningene og prinsippene som følger av konstitusjonell nødrett.

Konstitusjonell nødrett kan beskrives som den rett statsorganer har i en nødssituasjon til å overskride de grenser som normalt gjelder for deres myndighet i henhold til forfatningen. Terskelen for konstitusjonell nødrett er ulovfestet og ikke aktualisert i nyere tid, men det er ikke tvilsomt at terskelen er høy. Det mest kjente eksempelet på konstitusjonell nødrett i norsk historie er da Kongen og regjeringen styrte landet alene under andre verdenskrig uten hensyn til Grunnlovens regler om Stortingets medvirkning.

Konstitusjonell nødrett innebærer at myndighetene i en krisesituasjon kan fravike Grunnloven. Konstitusjonell nødrett kan for det første danne grunnlag for at et statsorgan rettmessig utøver myndighet som normalt hører under et annet statsorgan, eksempelvis at Kongen i visse situasjoner overtar Stortingets oppgaver og blant annet gir midlertidige bestemmelser som fraviker gjeldende lovgivning. Beredskapsloven av 1950 er i stor grad en konkretisering av kompetanse utløst av konstitusjonell nødrett. Anvendelse av konstitusjonell nødrett kan også skje ved at myndighetene foretar disposisjoner som er i strid med Grunnlovens bestemmelser, eventuelt også Grunnlovens menneskerettigheter.

Konstitusjonell nødrett stiller krav om forholdsmessighet ved at tilsidesettelsen av reglene i Grunnloven ikke kan gå lenger enn nødtilstanden gir grunnlag for. De samfunnsinteressene som blir skadelidende ved å følge Grunnlovens regler i krisesituasjonen, må veie klart tyngre enn interessene som blir satt til side.

Tradisjonelt har oppfatningen vært at de fleste bestemmelser i Grunnloven i prinsippet kan settes til side ved konstitusjonell nødrett. Det må likevel legges til grunn at i hvert fall forbudet mot tortur (Grunnloven § 93) og kjernen i forbudet mot tilbakevirkende straffelover (Grunnloven § 97) ikke kan fravikes med grunnlag i konstitusjonell nødrett.

Myndighetspraksis fra andre verdenskrig viser at konstitusjonell nødrett kan berettige fravikelse av Grunnloven §§ 49 og 75 bokstav a om at Stortinget er lovgivende myndighet på vegne av folket. Dette innebærer at regjeringen helt ekstraordinært og midlertidig kan tre inn i Stortingets rolle dersom vesentlige samfunnsinteresser ellers vil lide.

Nødrettsgrunnlaget kan imidlertid bare benyttes så langt nødrettsgrunnen består, slik at Grunnloven bare kan fravikes når den ekstraordinære situasjonen ikke tillater ordinær stortingsbehandling for å gjennomføre nødvendige lovendringer. Dette innebærer at en skal søke tilbake til normaltilstanden så snart som mulig ved å legge lovproposisjon frem for Stortinget. I beredskapsloven § 3 er disse forutsetningene konkretisert til vilkår om «fare ved opphold» og at reglene av lovgivningsmessig innhold «snarest mulig» skal legges frem for Stortinget som lovforslag dersom reglene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget.

Ved lov kan Stortinget gi regjeringen adgang til å gi mer detaljerte regler i form av forskrifter, men regjeringen kan ikke gå lenger enn det fullmaktene fra lovgiver gir grunnlag for. Ved generelle fullmaktshjemler kan imidlertid regjeringen bli gitt adgang til å gi forskrift om utfylling og suppleringsområder som går utover det handlingsrom som ellers følger av loven, selv om det ikke nødvendigvis er tale om å gi forskrift i motstrid med lov. Fullmaktbestemmelser som også gir adgang til å gi forskrifter som kan fravike lovbestemmelser, utgjør såkalte derogasjonsfullmakter. Det skilles gjerne mellom såkalt svak derogasjon som innebærer at kun loven derogasjonsbestemmelsen inngår i kan fravikes, og såkalt sterk derogasjon som betyr at forvaltningsorgan også kan fravike andre lover.

Derogasjon foreligger altså bare når det gis kompetanse til å gi regler med et innhold som strider mot regler med høyere rang. Derogasjon krever klar hjemmel, men er relativt vanlig i lovverket. Som regel er derogasjon da begrenset til konkrete fravikelser fra bestemmelser gitt ved lov som ikke nødvendigvis utfordrer det grunnleggende maktfordelingsprinsippet. Derogasjon er altså ikke i seg selv i et spenningsforhold til demokratisk legitimitet. Dette kan imidlertid bli utfordret dersom det gis svært vide og generelle fullmakter til å fravike gjeldende lover eller hvor det er få eller uklare materielle og prosessuelle vilkår knyttet til derogasjonen.

Det kan være glidende overganger mellom fullmakter som gir adgang til å utfylle lover og derogasjonsfullmakter. Myndighet til å gi forskrifter som fraviker bestemmelser i lov, forutsetter at det foreligger en klar hjemmel. Det finnes flere eksempler på ordinære fullmaktshjemler som åpner for derogasjon i lovverket, se for eksempel plan- og bygningsloven § 20-7 andre ledd og matloven § 33 andre ledd. Det finnes også eksempler på ordinære fullmaktshjemler med derogasjonsadgang i beredskapslovgivningen, se for eksempel havne- og farvannsloven § 2 sjette ledd og næringsberedskapsloven § 13. I tillegg finnes som nevnt nødrettshjemler som kodifiserer konstitusjonell nødrett, for eksempel smittevernloven § 7-12.

8.2.2 Derogasjon fra menneskerettighetskonvensjoner

To av de ovennevnte menneskerettighetskonvensjonene som er gjort til norsk rett ved menneskerettsloven, har bestemmelser om derogasjon. Både EMK artikkel 15 og SP artikkel 4 hjemler midlertidig fravikelse fra konvensjonsfestede rettigheter i krisesituasjoner. Disse bestemmelsene er i hovedsak likt utformet.

Av EMK artikkel 15 første ledd fremgår at det ved krig eller annen offentlig nødstilstand som truer nasjonens liv, «kan enhver høy Kontraherende Part treffe tiltak som fraviker dens plikter ifølge denne konvensjon i den utstrekning situasjonens krav gjør det strengt nødvendig, forutsatt at slike tiltak ikke er uforenlige med dens andre plikter etter internasjonal rett.» Av bestemmelsens andre ledd følger at fravik fra artikkel 2 bare kan gjøres for død som følge av lovlige krigshandlinger og at det ikke kan gjøres fravikelse fra artikkel 3 (torturforbudet), artikkel 4 første ledd (slaveri) og artikkel 7 (ingen straff uten lov). SP artikkel 4 nr. 2 slår fast at følgende rettigheter ikke kan settes til side: retten til liv (artikkel 6), forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (artikkel 7), forbudet mot slaveri og trelldom (artikkel 8 nr. 1 og 2), forbudet mot gjeldsfengsel (artikkel 11), det strafferettslige lovkravet, herunder forbudet mot tilbakevirkende straff (artikkel 15), retten til overalt å bli anerkjent som en person i rettslig henseende (artikkel 16) og retten til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet (artikkel 18).

Det stilles krav om proporsjonalitet for at tilsidesettelse av ellers gjeldende menneskerettighetskrav er rettmessig. I *Brannigan og McBride mot Storbritannia* (1993) har EMD uttalt at den i vurderingen av proporsjonalitet vil se hen til hvilke rettigheter som blir berørt av derogasjonen, samt bakgrunnen for, og varigheten av, nødstilstanden (avsnitt 43). Proporsjonalitetskrav blir strengere der krisens intensitet og alvor avtar over tid.

8.3 Grunnleggende rettslige rammer etter Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser

8.3.1 Innledning

Utgangspunktet er at tiltak som myndighetene iverksetter må være forenlige med borgernes grunnleggende rettigheter etter Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser. Dette gjelder også i en krisesituasjon. Flere av de menneskerettslige forpliktelsene Norge er bundet av er det imidlertid adgang til å gjøre inngrep i. Det må i så fall være foreskrevet ved lov, det må være nødvendig i et demokratisk samfunn for å ivareta nærmere bestemte formål og det må være forholdsmessig. Forholdsmessighet innebærer at et tiltak skal stå i forhold til det målet som ønskes oppnådd ved tiltaket. I NOU 2023: 17 *Evaluerings av pandemihåndteringen*, punkt 31.3, er dette omtalt slik:

«Kravet om at inngrepet må være nødvendig i et demokratisk samfunn innebærer blant annet at det må være proporsjonalt i forhold til formålet som søkes oppnådd. Inngrepet må altså ikke være mer inngripende enn det som er nødvendig for å oppnå formålet. Det må i

den enkelte krisesituasjon vurderes konkret hvilke inngrep som er nødvendige og forholdsmessige. Enkelte menneskerettigheter er absolutte, hvilket betyr at det ikke kan gjøres inngrep i dem. Det gjelder for eksempel forbudet mot tortur.

Vilkårene for å gjøre inngrep i ulike menneskerettigheter medfører at det stilles krav til utredning og begrunnelse for de inngrepene som er aktuelle i en krise. Begrunnelsen må synliggjøre at vilkårene for å gjøre inngrep er oppfylt, og hvordan ulike hensyn og rettigheter er veid opp mot hverandre.»

Med menneskerettigheter menes i denne sammenheng rettsregler som skal ivareta rettsstatlige og demokratiske verdier og sørge for at enkeltmenneskets grunnleggende interesser blir ivaretatt. Menneskerettighetene omfatter den grunnleggende rettslige beskyttelse som individet har, både i møte med myndighetene og i møte med andre individer. Motsvarende vil myndighetenes legitime kompetanse til å treffe beslutninger bli begrenset av menneskerettighetene.

Fullmaktsbestemmelsene i smittevernloven og helseberedskapsloven gir hjemmel til å iverksette inngripende tiltak for den enkelte. Slike tiltak kan «utfordre» eller gripe inn i bestemmelser etter Grunnloven og menneskerettigheter. Slike inngrep er «lovlige» dersom deres utforming og anvendelse er innenfor de rammer som følger av Grunnloven og menneskerettighetene.

8.3.2 Handlingsplikt som landets utøvende myndighet

Ved alvorlige kriser påhviler det regjeringen en generell plikt til å handle. Dette kan utledes av Grunnloven § 3 om at Kongen og regjeringen er landets utøvende myndighet. Slik handlingsplikt er også nedfelt i ordinær lovgivning som helseberedskapsloven, smittevernloven og øvrig beredskapslovgivning.

Utbruddet av den allmennfarlige smittsomme sykdommen Covid-19 gjorde det nødvendig å iverksette raske tiltak for å begrense smittespredning, for å beskytte liv og helse og for å sørge for opprettholdelse av samfunnskritiske funksjoner. De situasjonsbetingede tiltakene regjeringen iverksatte var i hovedsak besluttet med grunnlag i eksisterende hjemler i helseberedskapsloven og smittevernloven.

8.3.3 Saker av viktighet skal behandles av Kongen i statsråd

Under pandemien var bruken av helseberedskapsloven og smittevernloven begrunnet i behovet for å begrense og kontrollere spredningen av koronaviruset, og særlig for å kunne handle raskt i den innledende fasen av pandemien. Behovet for å handle raskt fremgår av føre-var-prinsippet og av flere av smittevernlovens bestemmelser, blant annet smittevernloven § 1-1 og § 4-1 andre ledd. Fullmaktene i smittevernloven og helseberedskapsloven er vedtatt av Stortinget uten at forholdet til Grunnloven er omtalt i forarbeidene, heller ikke kravet i Grunnloven § 28 om at «saker av viktighet» skal behandles av Kongen i statsråd.

Grunnlovens krav om statsrådsbehandling innebærer at fullmaktene i smittevernloven og helseberedskapsloven må vike når vedtak kan betegnes som «saker av viktighet», fordi slike vedtak først må behandles av Kongen i statsråd. Selv om det er hjemmel i lov for å

innføre et gitt tiltak i en krisesituasjon, og beslutningsmyndigheten i utgangspunktet ligger til et departement eller direktorat, innebærer altså Grunnloven § 28 at det likevel kan være behov for at beslutningen treffes av Kongen i statsråd. Bestemmelsen skal sikre at hele regjeringen står bak viktige avgjørelser. Statsrådsbehandling vil i større grad også medføre at Stortinget kan føre kontroll med viktige forvaltningsavgjørelser.

Kravet om statsrådsbehandling vil for regjeringen innebære en avgrensning av kompetansen til å delegere beslutningsmyndighet til underordnede organer, for eksempel et departement eller et direktorat, og vil slik sett også innebære et inngrep i regjeringens adgang til selv å organisere sitt arbeid.

Når en beslutning er lagt til Kongen, kan myndigheten normalt delegeres til et underordnet forvaltningsorgan, for eksempel et departement. Slik delegering må imidlertid besluttes av Kongen i statsråd. Uavhengig av lovens angivelse av kompetent myndighet til å treffe beslutninger, følger det av Grunnloven § 28 at «saker av viktighet» skal besluttes av Kongen i statsråd. Som uttalt i Rt. 1992 side 141 er det antatt at regjeringen selv i betydelig grad må kunne avgjøre hvorvidt en sak er av slik viktighet at statsrådsbehandling er nødvendig. Videre følger det av Rt. 1952 side 932 at vurderingen av om en sak er av viktighet må sees i lys av regjeringens andre gjøremål.

Kravet i Grunnloven § 28 om at viktige saker skal behandles i statsråd vil uansett være styrende for hvilke beslutninger som likevel skal løftes til statsråd. Om en sak er en «sak av viktighet» vil bero på en konkret, skjønnsmessig vurdering. Departementet legger til grunn at vurderingen av om en sak er av viktighet vil måtte sees i lys av situasjonen og hvilke andre gjøremål regjeringen har i den aktuelle situasjonen. Generelt vil det være relevant å blant annet se hen til om saken innebærer inngrep i privatpersoners personlige eller økonomiske sfære, om saken har nasjonal eller lokal virkning, hvor omfattende saken er, hvor omfattende økonomiske konsekvenser saken har, om saken er prinsipiell eller politisk omdiskutert. Det må legges til grunn at terskelen for at en sak skal være «en sak av viktighet» er høy, og at regjeringen har et betydelig skjønnssrom i vurderingen. I sikkerhetspolitisk krise eller krig vil vurderingen av hva som anses som en sak av viktighet kunne bli vurdert annerledes sammenlignet med situasjonen i fredstid.

8.3.4 Lovkravet

Lovkravet, eller legalitetsprinsippet, kommer til uttrykk i Grunnloven § 113 hvor det fremgår at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov. Videre heter det i Grunnloven § 96 første ledd at «[i]ngen kan dømmes uten etter lov (...)».

Tilsvarende krav om hjemmel i lov for inngripende myndighetstiltak følger av menneskerettighetskonvensjonene. EMKs lovkrav står her sentralt. EMK artikkel 7 nr. 1 gir uttrykk for lovkravet på strafferettens område. På forvaltningsrettslige områder er lovkravet regulert i ulike rettighetsbestemmelser, som ett av flere grunnvilkår for å kunne foreta begrensninger i rettighetene, for eksempel at inngrep i privat- og familieliv må være i samsvar med loven, se EMK artikkel 8 nr. 2. Lovkravet følger etter dette dels av Grunnloven og dels av menneskerettighetskonvensjoner som Norge har sluttet seg til.

Lovkravet stiller krav til forankring i lov gitt av Stortinget, og til lovgrunnlagets klarhet. Også forskrifter vil kunne oppfylle legalitetsprinsippets klarhetskrav. Dette forutsetter at tiltaket har tilstrekkelig hjemmel i forskriften, og at forskriften har tilstrekkelig hjemmel i lov. Lovkravet stiller krav til den språklige utformingen av både hjemmelslov og forskrifter for at den enkelte skal ha mulighet til å forutse sin rettsstilling. Lovkravet innebærer at inngrep og straff, og fravikelse fra annen lovgivning, må ha forankring i formell lov vedtatt av Stortinget.

8.3.5 Retten til liv og helse

Selv om tiltak med hjemmel i helseberedskapsloven eller smittevernloven kan tenkes å gripe inn i og begrense menneskerettighetene, har tiltakene til hensikt å beskytte grunnleggende menneskerettigheter som retten til liv og helse. I forbindelse med grunnlovsrevisjonen i 2014 ble det også foreslått en tydeligere rett til *helse* i Grunnloven § 111. Slik bestemmelse kunne gitt en tydeligere grunnlovsmessig forankring av helseberedskapsloven og smittevernloven. Forslaget fikk imidlertid ikke tilstrekkelig flertall og helse som menneskerettighet fremgår dermed ikke av Grunnloven. ØSK artikkel 12 anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk, men omfanget av statens forpliktelser er ikke helt klart. Etter bestemmelsen skal statene blant annet «forebygge, behandle og kontrollere epidemiske [...] sykdommer». Tilsvarende anerkjenner BK artikkel 24 barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard.

Ved grunnlovsvedtak 13. mai 2014 ble Grunnloven § 93 om retten til *liv* tilføyd. Bestemmelsen fastslår at staten «skal beskytte retten til liv og bekjempe tortur, slaveri, tvangsarbeid og andre former for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.» Det ligger dermed inne en rettslig forpliktelse for myndighetene til å avstå fra å ta liv, men også en forpliktelse til å beskytte innbyggernes rett til liv. Det er presisert at bestemmelsen om retten til liv generelt skal tolkes i lys av den tilsvarende bestemmelsen i EMK artikkel 2 nr. 2, jf. Dokument 16 (2011-2012) punkt 19.6.1. Retten til liv er også vernet i SP artikkel 6 nr. 1 og BK artikkel 6.

8.3.6 Likhetsprinsippet og diskrimineringsforbud

Grunnloven § 98 slår fast at alle er like for loven og at ingen skal utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling. Av EMK artikkel 14 fremgår at de rettigheter og friheter som følger av konvensjonen skal sikres «uten diskriminering på noe grunnlag slik som kjønn, rase, farge, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, tilknytning til en nasjonal minoritet, eiendom, fødsel eller annen status». Etter de øvrige menneskerettighetskonvensjonene som er gjort til norsk lov med forrang fremfor annen ordinær lovgivning, dvs. SP artikkel 26, ØSK artiklene 24 – 26, BK og KDK, er det inntatt særskilte bestemmelser om diskrimineringsvern.

Diskrimineringsvernet i Grunnloven § 98 første ledd innebærer en plikt til å likebehandle, ved at det slås fast at «[a]lle er like for loven». Andre ledd har et negativt formulert diskrimineringsforbud: «Intet menneske må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig

forskjellsbehandling». Dette forbudet krever først en vurdering av om det foreligger en forskjellsbehandling, og deretter en avveining av begrunnelsen for å forskjellsbehandle mot hensynet til de individene som rammes av den ulike behandlingen.

De ulike diskrimineringsgrunnlagene er ikke listet opp i Grunnloven.

Diskrimineringsgrunnlagene i likestillings- og diskrimineringsloven er kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder. Denne listen dekker alle de konvensjonsfestede diskrimineringsgrunnlagene. Det er imidlertid klart at listene ikke angir uttømmende hvilke grunnlag for diskriminering som kan påberopes etter Grunnloven. Den avgjørende vurderingen opp mot diskrimineringsvernet er om forskjellsbehandlingen er usaklig eller uforholdsmessig.

8.3.7 Forsamlingsfriheten

Forsamlingsfriheten er vernet etter Grunnloven § 101 som lyder:

«Enhver har rett til å danne, slutte seg til og melde seg ut av foreninger, herunder fagforeninger og politiske partier.

Alle kan møtes i fredelige forsamlinger og demonstrasjoner.»

Bestemmelsen gir kun et vern om såkalt «fredelige» forsamlinger. I forarbeidene til bestemmelsen er det blant annet uttalt at det skal settes en «høy terskel for å definere en forsamling som ikke-fredelig, særlig dersom forsamlingen har et politisk, religiøst eller kulturelt budskap», jf. Dokument 16 (2011-2012) punkt 29.5.3.2. I kjernen av forsamlingsfriheten ligger vernet av demonstrasjoner og politiske forsamlinger. Retten til forsamlingsfrihet kan påberopes både av arrangøren og deltagerne i forsamlingen.

Forsamlingsfriheten gjelder for alle forsamlinger, og uavhengig av hva formålet med forsamlingen er. Det konkrete vernet om forsamlingsretten vil trolig være sterkere dersom individene i forsamlingen i tillegg til forsamlingsfriheten også kan påberope seg en annen menneskerettighet. Dette kan for eksempel være hvor formålet med forsamlingen er en politisk demonstrasjon (ytringsfriheten) eller en religiøs markering (religionsfriheten). Under pandemien ble forsamlinger og den enkeltes forsamlingsfrihet berørt gjennom covid-19-forskriftens reguleringer av blant annet antallsbegrensninger for ulike arrangementer innendørs og utendørs, begravelser, religiøse sammenkomster og butikker.

Grunnloven § 101 er blant annet inspirert av EMK artikkel 11. I bestemmelsens andre ledd er det uttalt at retten til forsamlings- og foreningsfrihet ikke skal «bli undergitt andre innskrenkninger enn de som er foreskrevet ved lov og er nødvendige i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet eller offentlige trygghet, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral eller for å beskytte andres rettigheter og friheter. Denne artikkel skal ikke hindre at lovlige innskrenkninger blir pålagt utøvelsen av disse rettigheter for medlemmene av de væpnede styrker, av politiet og av statsforvaltningen.»

8.3.8 Retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem – retten til frihet og sikkerhet

Retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem er vernet av Grunnloven § 102, EMK artikkel 8, SP artikkel 17 og BK artikkel 16. Ulike tiltak med hjemmel i helseberedskapsloven eller smittevernloven vil etter omstendighetene gripe inn i borgernes rett til respekt for sitt privatliv, familieliv og hjem, for eksempel ved at de begrenser borgernes autonomi, muligheten til å utøve familieliv på tvers av landegrenser eller å pleie sosiale relasjoner eller adgangen til å motta besøk i eget hjem.

Grunnloven § 102 gjelder retten til privatliv og lyder:

«Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon. Husransakelse må ikke finne sted, unntatt i kriminelle tilfeller.

Statens myndigheter skal sikre et vern om den personlige integritet.»

Grunnloven § 102 gir ikke anvisning på noen adgang til eller vilkår for å gjøre inngrep i rettigheten. Høyesterett har imidlertid lagt til grunn at det kan gjøres inngrep i retten etter Grunnloven § 102 første ledd første punktum dersom inngrepet har en tilstrekkelig hjemmel, forfølger et legitimt formål og er forholdsmessig, se Rt. 2014 side 1105 avsnitt 28 og Rt. 2015 side 93 avsnitt 60.

EMK artikkel 8 gjelder rett til respekt for privatliv og familieliv og SP artikkel 17 gjelder adgang til å gjøre inngrep i privatlivet. EMK artikkel 8 nr. 2 fastsetter at det kan gjøres inngrep i rettigheten når dette er i samsvar med lov og «er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til (...) å beskytte helse». I kravet om at inngrepet må skje i samsvar med lov ligger det dels et krav om at det må være hjemmel i nasjonal rett og i tillegg er det krav om at det nasjonale rettsgrunnlaget må oppfylle krav om tilgjengelighet for den det retter seg mot og må være tilstrekkelig klart utformet. I tillegg må tiltaket være nødvendig ut fra formålet og forholdsmessig.

EMK artikkel 5 regulerer retten til frihet og sikkerhet. Det er gitt unntak for en rekke opplistede tilfeller, og det oppstilles også et legalitetskrav i denne bestemmelsen. I artikkel 5 nr. 1 bokstav e gis det unntak for «lovlig frihetsberøvelse av personer for å hindre spredning av smittsomme sykdommer (...)». Inngrep forutsetter at mindre inngripende tiltak må være vurdert til ikke å være tilstrekkelig. Spredning av den smittsomme sykdommen må være farlig for allmennheten og frihetsberøvelse må være siste utvei. En avsagt storkammerdom fra Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) i saken Vavricka mfl. mot Tsjekkia, 8. april 2021, trekker opp enkelte rammer for statens handlingsrom til å knytte rettsvirkninger til vaksinestatus.

8.3.9 Barns særskilte rettigheter

At barn har særskilte rettigheter følger av Grunnloven § 104 som lyder:

«Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.

Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Barn har rett til vern om sin personlige integritet. Statens myndigheter skal legge forholdene til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie.»

Barns særlige rettigheter er mer utfyllende regulert i FNs barnekonvensjon (BK). Av BK artikkel 3 nr. 1 fremgår blant annet at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Barns rett til å uttale seg og bli hørt er et sentralt prinsipp i barnekonvensjonen artikkel 12.

Ved utforming av lover og regler som vedrører barn eller kan få konsekvenser for barn, skal det foretas en vurdering av barns rettigheter etter barnekonvensjonen og Grunnloven. Hensynet til barn må likedan ivaretas ved anvendelse av eksisterende lover, for eksempel ved utforming og anvendelse av ulike tiltak fastsatt med hjemmel i helseberedskapsloven. Dette kan tale for at enkelte tiltak ikke gis anvendelse overfor barn eller at de gis en annen og mindre inngripende anvendelse overfor barn, for eksempel ved omlegging av tjenestene og ved endringer i ellers gjeldende ansvars- og oppgavefordeling.

8.3.10 Privat eiendomsrett – rekvisisjon

Med rekvisisjon siktes gjerne til tvangsavståelse av fast eiendom eller varer og annet løsøre i krise- og krigstid. Rekvisisjon kan også gjelde personlige arbeidsytelser, disposisjonsrett over alle slags transportmidler, fabrikker, verksteder, kraftverk eller naturressurser. Rettslig sett betyr da rekvisisjon det samme som ekspropriasjon. Det skilles gjerne mellom rekvisisjon for bruk eller til eie.

Ved lovgivning kan det bestemmes hvilke gjenstander som kan rekvireres/eksproprieres, og for hvilke formål. Av Grunnloven § 105 fremgår imidlertid at statskassen må betale full erstatning ved rekvisisjon/ekspropriasjon. Dette prinsippet kan ikke fravikes ved lov. Tradisjonelt ble det antatt at ekspropriasjon bare kunne skje til fordel for staten, men ekspropriasjonsrett er i stor utstrekning også gitt til kommuner. Som regel er ekspropriasjon avhengig av særskilt tillatelse av Kongen, et departement eller en annen offentlig myndighet.

I helseberedskapsloven § 3-1 første ledd er departementet på nærmere vilkår gitt hjemmel til å rekvirere fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr. For nærmere redegjørelse vises det til høringsnotatets kapittel 22.

8.3.11 Bevegelsesfriheten

Retten til bevegelsesfrihet innenfor rikets grenser, retten til fritt å velge sitt bosted og retten til å forlate sitt land følger av Grunnloven § 106 som lyder:

«Enhver som oppholder seg lovlig i riket, kan fritt bevege seg innenfor rikets grenser og velge sitt bosted der.

Ingen kan nektes å forlate riket med mindre det er nødvendig av hensyn til en effektiv rettsforfølgelse eller for avtjening av verneplikt. Norske statsborgere kan ikke nektes adgang til riket.»

Rett til bevegelsesfrihet følger også av EMK tilleggsprotokoll 4 artikkel 2 og SP artikkel 12. Etter EMK kan bevegelsesfriheten innskrenkes av hensyn til å «beskytte helse» og «beskytte andres rettigheter og friheter», dersom det er forholdsmessig. Formålet med begrensningen i retten til bevegelsesfrihet er eksempelvis å forebygge og motvirke at smittsomme sykdommer overføres i befolkningen. Det må innfortolkes tilsvarende adgang til å gjøre inngrep i rettigheten etter Grunnloven § 106 som det som følger av EMK.

8.3.12 Det kommunale selvstyret

Det kommunale selvstyret har lenge vært en del av samfunnsordningen i Norge, og handler grunnleggende sett om kommunenes rett til å styre seg selv. Grunnloven § 49 andre ledd grunnlovfester prinsippet: «Innbyggerne har rett til å styre lokale anliggender gjennom lokale folkevalgte organer. Nærmere bestemmelser om det lokale folkevalgte nivå fastsettes ved lov».

I innstillingen fra Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité er det blant annet understreket at bestemmelsen ikke er ment å være noen «skranke for den funksjons- og oppgavefordeling innen offentlig forvaltning som Stortinget gjennom ordinær lovgivning finner hensiktsmessig», jf. Innst. 182 S (2015–2016) side 7. Bestemmelsen viser samtidig betydningen av at lokale og sentrale myndigheter kan ha ulike oppgaver. Respekt for det kommunale selvstyret er også folkerettslig forankret. Etter Europarådets konvensjon om lokalt selvstyre er norske styresmakter blant annet forpliktet til å hjemle begrensninger i det lokalt selvstyre ved lov.

Grunnloven § 49 andre ledd er ikke til hinder for at det gis bestemmelser i lov som begrenser det kommunale selvstyret. Det følger av kommuneloven § 2-2 første ledd at begrensninger i det kommunale og fylkeskommunale selvstyret kan gjøres så lenge det er nødvendige for å ivareta nasjonale mål.

8.4 Wien-konvensjonene om diplomatisk og konsulært samkvem mv.

Norge er bundet av Wien-konvensjonen om diplomatisk samkvem av 1961 (WKDS) og Wien-konvensjonen om konsulært samkvem av 1963 (WKKS). Forpliktelsene etter Wien-konvensjonene og andre regler og avtaler som gir privilegier, immunitet og ukrenkelighet, innebærer visse begrensninger når det gjelder smitteverntiltak. Begrensningene gjelder blant annet innreiserestriksjoner, innreisekarantene, isolasjon og smittekarantene, krav om test, blodprøvetaking eller andre tilsvarende undersøkelser, tvungen legeundersøkelse eller legemiddelbehandling, stengning av eller krav til virksomheter, samt pålegg om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler.

Wien-konvensjonene vil primært være relevant ved innføring av smitteverntiltak med hjemmel i smittevernloven, jf. departementets redegjørelse i høringsnotat av i dag med

forslag til ny smittevernlov. Helseberedskapslovens fullmaktshjemler til å beslutte omlegging av tjenestene og endringer i ellers gjeldende ansvars- og oppgavefordeling, samt også utvidelse av fullmaktene i gjeldende § 6-2 andre ledd til å også kunne fravike tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter, kan også aktualisere forholdet til Wien-konvensjonene.

Bestemmelsene i Wien-konvensjonene kommer til anvendelse for diplomater, administrativt og teknisk personale ved ambassader og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, som tjenestegjør i Norge. De akkrediterte/tilmeldte diplomatene vil være bosatt i Norge, mens såkalt sideakkrediterte/-tilmeldte diplomater gjerne er bosatt i våre naboland med ansvar også for sin hjemstats forbindelser til Norge. Tilmeldt diplomatisk og konsulært personell og medfølgende familiemedlemmer er omfattet av utlendingsforskriftens § 1-4 og § 1-5, som på nærmere vilkår innebærer unntak fra krav om oppholdstillatelse for utlendinger.

Wien-konvensjonene har blant annet bestemmelser om hvordan tilmeldte diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, skal behandles i mottakerstaten. Reglene er ikke gitt for det enkelte individs skyld, men for å tilrettelegge for internasjonalt samarbeid mellom stater. Konvensjonenes formål er å beskytte statenes representanter hos hverandre, slik at de ikke skal kunne tvinges til å handle i strid med senderstatens interesser ved at de utsettes for, eller trues med, tilbakeholdelse, tvang, økonomiske sanksjoner, utilbørlig press osv. Konvensjonene er laget nettopp med tanke på å sørge for at diplomatisk samkvem, bistand til egne borgere og mellomstatlig kommunikasjon skal fungere også under vanskelige forhold, inkludert i krise og konflikt. At det foreligger en krisesituasjon som naturkatastrofe eller pandemi gir i seg selv ikke grunnlag for å fravike konvensjonenes bestemmelser.

Det grunnleggende utgangspunktet etter Wien-konvensjonene er at diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, skal følge norske lover og bestemmelser (WKDS art. 41.1 og WKKS art. 55.1). Samtidig har de visse privilegier og immunitet med hensyn til blant annet fri innreise, fri bevegelighet, forbud mot krenkelse av deres person og forbud mot arrest og tilbakeholdelse.

Wien-konvensjonene og andre regler og avtaler som gir privilegier, immunitet og ukrenkelighet innebærer visse begrensninger når det gjelder hvilke smitteverntiltak som kan pålegges. De mest sentrale begrensningene er følgende:

1. Utenriksstasjonens område er ukrenkelig. Norske tjenestepersoner kan ikke trenge inn på stasjonens område uten med stasjonssjefens samtykke (WKDS art. 22.1 og WKKS art. 31.1 og 31.2).
2. Stasjonens område kan ikke direkte eller indirekte stenges eller gjøres utilgjengelig av norske myndigheter (WKDS art. 22.2 og art. 25 og WKKS art. 28 og 31.3).
3. En ambassade og utsendtes transportmidler og andre gjenstander skal ikke utsettes for ransaking, rekvisisjon, beslagleggelse eller tvangsfullbyrdelse (WKDS art. 22.3 og 30.2).

4. Diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, er ukrenkelige. De kan ikke undergis arrest eller på annen måte holdes tilbake, eller underkastes fysiske maktmidler eller annen inngripen, tvangsisolering m.m. (WKDS art. 29 og art. 37 og WKKS art. 41.2). I statspraksis har denne regelen vært tolket strengt. De eneste unntak fra dette forbudet i statspraksis har vært der det har vært umiddelbar fare for liv eller helse og mottakerstaten på grunnlag av selvforsvarsprinsipper har foretatt helt kortvarige pågripelser eller hvor mottakerstaten har gjort tiltak for å begrense gjennomføringen av handlingen. Tiltakene har da vært begrenset til hva som har vært helt nødvendig i det enkelte tilfellet, for eksempel fratakelse av våpen eller fratakelse av bilnøkler for å hindre videre kjøring. Og de har kun vært rettet mot den enkelte som selv har utgjort en konkret risiko. Forbudet mot tilbakeholdelse av diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, er således strengere enn hva som skal anses som «vilkårlig arrest» etc. under den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK). Wien-konvensjonenes regler innebærer visse begrensninger når det gjelder adgangen til å pålegge testkrav og obligatoriske medisinske undersøkelser for diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer. Personene kan ikke *pålegges* for eksempel obligatoriske medisinske undersøkelser, men kan anmodes om å følge regler om dette.
5. Boligen til diplomater og administrativt og teknisk personale, samt medfølgende familiemedlemmer, er ukrenkelige. Norske tjenestepersoner kan ikke trenge inn i slike uten med stasjonssjefens samtykke (WKDS art. 30.1).
6. Diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, har full bevegelsesfrihet og kan reise fritt innen Norges territorium, med unntak av områder hvor det av hensyn til mottakerstatens sikkerhet ikke er adgang eller hvor adgangen er avhengig av tillatelse (WKDS art. 26 og WKKS art. 34). Man kan unnta særskilte områder i mottakerstaten, for eksempel militære områder, men ikke pålegge slikt personell et bestemt oppholdssted. Bevegelsesfriheten gjelder også inn- og utreise til Norge, og også for tredjelands diplomater i transitt (WKDS art. 40 og WKKS art. 54). Dersom det treffes nasjonale vedtak om restriksjonsområder, antas det imidlertid at disse må gjelde også for de nevnte personene. Personellet kan som hovedregel ikke pålegges portforbud eller karantene, men kan anmodes om å overholde regler om dette. Wien-konvensjonene slår også fast at mottakerstaten skal legge forholdene til rette for at stasjonen kan utøve sine funksjoner (WKDS art. 25 og WKKS art. 28). Også dette kan få betydning for utforming av smitteverntiltak, for eksempel ved utforming av krav om innreisekarantene.
7. Diplomater og konsulære tjenestepersoner skal ha rett til å besøke en borger av senderstaten som sitter i fengsel, varetektsarrest eller på annen måte er tilbakeholdt, til å tale og korrespondere med ham og til å skaffe ham juridisk bistand (WKKS art. 36.1.c). Slikt personell må likevel respektere smittevernregler som er iverksatt og kan nektes adgang om de ikke respekterer dem.

Disse reglene innebærer dermed grenser for hvilke smitteverntiltak som kan pålegges tilmeldte utenlandske diplomater og konsulært personell uten at Norge bryter sine

folkerettslige forpliktelser. Dette vil det være nødvendig å vurdere ved utforming av smitteverntiltak, for eksempel smitteverntiltak som innebærer innreiserestriksjoner, innreisekarantene, generelle regler om karantene eller isolasjon og krav om test. Departementet viser i den forbindelse til at den nå opphevede covid-19-forskriften av den grunn inneholdt en rekke unntak og særregulering for personell omfattet av Wien-konvensjonene. Som nevnt kan helseberedskapslovens fullmaktshjemler til å beslutte omlegging av tjenestene og endringer i ellers gjeldende ansvars- og oppgavefordeling, samt også utvidelse av fullmaktene i gjeldende § 6-2 andre ledd til å også kunne fravike tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter, også aktualisere forholdet til Wien-konvensjonene. Departementet viser også til rekvisisjonsadgangen etter loven som ytterligere eksempel på situasjoner hvor forholdet til Wien-konvensjonene kan være relevant.

Immunitets- og ukrenkelighetsreglene forvaltes ikke av den enkelte som har rettigheter etter reglene, men av den senderstaten som vedkommende representerer. Fravikelse fra punkt 1, 3, 4 og 5 kan kun gjøres etter immunitetsavkall formidlet mellom senderstatens utenriksdepartement og Utenriksdepartementet (WKDS art. 32 og WKKS art. 45), med unntak av i tilfeller hvor det er en akutt og umiddelbar fare for tap av liv.

Det finnes enkelte andre persongrupper som også er omfattet av immunitets- og ukrenkelighetsregler etter andre regler enn de som følger av Wien-konvensjonene. Det gjelder egne regler basert på folkerettslig sedvanerett og folkerettslige avtaler, eksempelvis for statsoverhoder, ledere for FN og FN-organisasjoner, samt personer som er tilknyttet mellomstatlige organisasjoner eller konvensjonsorganer og som er tilmeldt Norge.

8.5 EØS-rettslige rammer

Både EØS-avtalen og Schengen-samarbeidet har regler som åpner for at det ut fra hensynet til folkehelsen kan gjøres inngrep i rettigheter knyttet til innreise og personbevegelse.

Innføring av smitteverntiltak kan reise enkelte problemstillinger knyttet til EØS-avtalen. Også anvendelse av helseberedskapslovens fullmaktshjemler for å beslutte omlegging av tjenestene og endringer i ellers gjeldende ansvars- og oppgavefordeling, samt også utvidelse av fullmaktene i gjeldende § 6-2 andre ledd til å også kunne fravike tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter, jf. høringsnotatets punkt 23.4.7 kan reise EØS-relevante problemstillinger.

Smitteverntiltak som innreiseregulering, innreisekarantene, begrensninger knyttet til butikker, arrangementer eller salg av varer og tjenester, kan berøre flere sentrale regler på EØS-området. Blant annet kan den frie flyten av arbeidskraft, etableringsfriheten og konkurransesituasjonen påvirkes av slike tiltak.

Retten til fri bevegelse for personer er en av de grunnleggende frihetene i EØS-avtalen. Den kommer blant annet til uttrykk gjennom EØS-avtalens artikkel 28 om fri bevegelse for arbeidstakere. Det følger av artikkel 28 nr. 3 at den frie bevegelsen skal gi rett til

blant annet å ta arbeid og opphold, med forbehold om de begrensninger som er begrunnet ut fra hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelse. Tilsvarende begrensninger som er begrunnet ut fra hensynet til folkehelsen gjelder for etableringsfriheten (artikkel 31) og adgangen til å yte tjenester (artikkel 36), jf. avtalens artikkel 33 og 39.

Videre fastsetter Europaparlaments- og rådsdirektiv 2004/38/EF av 29. april 2004 om unionsborgeres og deres familiemedlemmers rett til å bevege seg og oppholde seg fritt på medlemsstatenes territorium («fri bevegelighetsdirektivet») artikkel 5, en rett til innreise for statsborgere i EØS-statene. Det følger av artikkel 27 og 28, sammenholdt med rettspraksis, at inngrep i retten til fri bevegelighet bare er tillatt dersom tiltakene er nødvendige, forholdsmessige og basert på objektive og ikke-diskriminerende kriterier. Artikkel 29 nr. 1 fastsetter videre følgende:

«Sykdommer som kan gi grunnlag for å begrense den frie bevegelighet, er bare sykdommer som kan være epidemiske i henhold til Verdens helseorganisasjons gjeldende bestemmelser samt infeksjonssykdommer eller smittsomme parasittære sykdommer dersom de omfattes av vernetiltak som gjelder for vertsstatens egne borgere.»

Smitteverntiltak for å begrense smitte over grensen må med andre ord oppfylle et legitimt formål som for eksempel å beskytte folkehelsen, slik at restriksjoner i den frie bevegeligheten i prinsippet kan rettferdiggjøres under EØS-avtalen. Videre må tiltaket være ikke-diskriminerende og forholdsmessig. Kravet om forholdsmessighet innebærer at tiltaket må være egnet for å oppnå formålet, og at det må forfølge formålet på en «konsistent og systematisk måte», jf. blant annet EFTA-domstolens uttalelse i sak E-8/17 Kristoffersen, avsnitt 118.

EØS-statene har en betydelig skjønnsmargin når de skal velge hvilket nivå for beskyttelse av befolkningen som staten skal sikte mot når trusler mot liv og helse truer folkehelsen.

9 Helseberedskapslovens forhistorie og vurdering av behov for revisjon av loven

9.1 Innledning

Dagens helseberedskapslov ble vedtatt 9. juni 2000 og trådte i kraft 1. juli samme år. Samtidig ble lov 2. desember 1955 nr. 2 om helsemessig beredskap (helseberedskapsloven 1955) opphevet.

I forarbeidene til dagens helseberedskapslov er det inntatt en beskrivelse av forhistorien til helseberedskapsloven 1955 og utviklingen derfra frem mot det som da ble forslag til gjeldende helseberedskapslov, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) Om lov om helsemessig og sosial beredskap, kapittel 2. I det videre gis det en kort oppsummering av forhistorien til helseberedskapsloven 1955 og innholdet i denne (punkt 9.2). Deretter gis det en kort oppsummering av arbeidet som ledet frem til helseberedskapsloven 2000 og hvordan denne nye loven skilte seg fra helseberedskapsloven 1955 (punkt 9.3). Avslutningsvis redegjøres det for departementets vurdering av behovet for å revidere helseberedskapsloven 2000 (punkt 9.4).

9.2 Forhistorien til helseberedskapsloven 1955 og lovens hovedinnretning

Utbruddet av den andre verdenskrig, og i særlig grad vinterkrigen mellom Sovjet og Finland, aktualiserte spørsmålet om helsemessig beredskap i Norge. I januar 1940 ble Landsrådet for sanitets- og sykehusberedskap oppnevnt for å utarbeide en plan for hvordan landets helsepersonell, sykehus, sanitetsutstyr og materiell burde fordeles og utnyttes i tilfelle krig. Både militære og sivile hensyn skulle ivaretas.

Det ble vinteren 1940 utarbeidet et utkast til proposisjon med forslag til «lov om sanitetsberedskap». Loven skulle gi Kongen mulighet for «under krig eller krigsfare eller under ekstraordinære forhold som skyldes krig» å sette i verk tiltak for å «sikre at landets medisinalanstalter og landets medisinal- og veterinære personale blir utnyttet på beste måte». Lovutkastet hadde blant annet en bestemmelse om beordring av helse- og veterinærpersonell.

Arbeidet med helseberedskap ble gjenopptatt etter andre verdenskrig. Et «medisinalt kriseutvalg» ble etter initiativ fra helsedirektøren nedsatt ved kongelig resolusjon i oktober 1946. Utvalget skulle blant annet koordinere det sivile og militære forsyningsarbeidet med hensyn til «medisinalvarer» i videste forstand. En omfattende innstilling ble fremlagt våren 1948.

Ved kongelig resolusjon oktober 1948 ble Beredskapsrådet for landets helsestell opprettet med følgende mandat:

«Beredskapsrådet skal planlegge hvorledes landets medisinal- personell, sykehus og andre medisinal- institusjoner, medisinsk utstyr og materiell bør fordeles og nyttes i krig, samt gi forslag til tiltak som må treffes for sikring av landets medisinal- beredskap.»

Beredskapsrådet ble sammensatt av representanter for Helsedirektoratet, Sivilforsvaret og den militære sanitet, med helsedirektøren som leder. Det ble etter hvert etablert egne nemnder i fylkene som skulle utarbeide detaljerte beredskapsplaner. Rådet tok også opp spørsmålet om en helseberedskapslov. I samsvar med Beredskapsrådets anbefalinger ble planleggingen av helseberedskapsplanen bygd på følgende hovedinndeling fra tidlig i 1950-årene:

- Institusjonsberedskap
- Materiellberedskap
- Hygienisk beredskap
- Andre tiltak (blant annet funksjoner som må forberedes for å kunne settes i verk i krigstilfelle)
- Personellberedskap

Som følge av den spente internasjonale situasjonen ble det på 1950-tallet vedtatt flere beredskapslover. Beredskapsrådet for landets helsestell la frem et lovutkast i januar 1952. Et utkast fra Sosialdepartementets side ble oversendt Justisdepartementet i 1953, mens odelstingsproposisjonen ble fremmet for Stortinget i mars 1955.

Det var ingen debatt om saken hverken i Odelstinget eller i Lagtinget da helseberedskapsloven ble vedtatt desember 1955. Loven definerte helsemessig beredskap som «tiltak som tar sikte på under krig å verne befolkningens helse og å sørge for nødvendig medisinsk behandling og pleie». Loven innførte blant annet plikt til beredskapsplanlegging, andre forberedende beredskapstiltak, samt fullmaktsbestemmelser til anvendelse i krig eller når krig truer. Fullmaktsbestemmelsene omfattet blant annet adgang til omlegging og flytting av virksomhet, tjenesteplikt og beordring, samt rekvisisjon.

9.3 Arbeidet frem mot helseberedskapsloven 2000

I februar 1981 ble det nedsatt en arbeidsgruppe til å gjennomgå helseberedskapsloven 1955 med tilhørende forskrifter. Gruppen fikk i mandat å undersøke om daværende regulering passet med de ansvarsforhold som da var gjeldende i den sivile beredskap, foreslå endringer i lov og forskrifter for å bringe bestemmelsene i samsvar med nye prinsipper for den sentrale beredskap og foreslå annen lovregulering som utvalget fant hensiktsmessig. I innstillingen som ble avgitt i desember 1983 foreslo arbeidsgruppen en ny lov om helseberedskap. Av de viktigste forslagene i ny lov var å utvide beredskapsperspektivet til også å omfatte kriser og katastrofer i tillegg til krig.

Inntil 1980-årene var spørsmålet om beredskapslovgivning på Sosialdepartementets ansvarsområde først og fremst knyttet til helsemessig beredskap. I første halvpart av 1980-årene ble også hensynet til grupper av omsorgs- og pleietrengende trukket inn i drøftingene omkring regulering av helsemessig beredskap. I NOU 1987:36 *Omsorg ved beredskap og krig*, ble det foreslått en ny lov med forskrifter som skulle regulere tjenestepliktiges behov for omsorgsavlastning, og kommunenes mulighet for å gi slik hjelp. Hovedformålet med lovutkastet var å påby nødvendig planlegging og forberedelser i fredstid for å sikre omsorgstrengende hjelp.

Det ble ikke fremmet proposisjon om saken til Stortinget. Ved overgangen til 1990-årene tok imidlertid Sosialdepartementet opp arbeid med spørsmålet om en ny beredskapslov som dels skulle omfatte både det helsemessige og sosiale område og dels dekke både kriser og katastrofer i fred og krig.

I mai 1995 nedsatte departementet en prosjektgruppe til å utarbeide utkast til ny lov om helsemessig og sosial beredskap. Prosjektgruppen avga sin innstilling 10. juli 1997.

Oppsummert foreslo prosjektgruppen følgende:

- Helseberedskapsloven 1955 burde avløses av ny lov om helsemessig og sosial beredskap.
- Som begrunnelse for en egen lov fremfor samordning med andre beredskapslover eller inkorporering i de alminnelige helse- og sosiallover, ble det særlig vist til at en felles overbygning for all beredskapsvirksomhet i helse- og sosialtjenesten, der oppgaver og ansvar er klarest mulig definert, best ville bidra til å styrke beredskapen. Samtidig ville dette gjøre det enklere å samordne forskjellige planer og tiltak. Videre ble det vist til at det i beredskapssituasjoner ville være behov for særlige fullmaktsbestemmelser som bare skal gjelde når en beredskapssituasjon inntreffer. Det ble ikke vurdert som naturlig å plassere de mest inngripende av disse bestemmelsene i de alminnelige helse- og sosiallovene.
- I motsetning til helseberedskapsloven 1955 burde ny lov også omfatte sosialberedskap.
- I motsetning til helseberedskapsloven 1955 burde ny lov omfatte kriser og katastrofer i fredstid, og ikke bare situasjoner hvor riket er i krig eller når krig truer.
- Fullmaktsbestemmelsene i helseberedskapsloven 1955 burde stort sett videreføres, men virkeområdet for de enkelte tiltak tilpasses dagens behov. Det ble foreslått fullmaktsbestemmelser om:
 - Rekvisisjon
 - Utvidet tjenesteplikt og beordring
 - Tillempinger i ansvar, oppgave og ressursfordeling
 - Omlegging og omsetningsrestriksjoner
- Ansvarsprinsippet burde lovfestes for den helsemessige og sosiale beredskap
- Det burde lovfestes en generell plikt til å utarbeide beredskapsplaner for virksomheter loven omfatter. Dette ville innebære at:
 - Kommuner, fylkeskommuner og staten pålegges en lovhjemlet plikt til å utarbeide beredskapsplaner med sikte på kriser.
 - Planplikten skal også gjelde for private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helsehjelp og sosialtjenester til befolkningen.
 - Planplikt skal også gjelde for vannforsyningssystemer, næringsmiddelkontrollen, apotek og tilvirkere av legemidler.
- Bestemmelser som helse- og sosialforvaltningen trenger i sin alminnelige beredskap, det vil si bestemmelser som skal gjelde uavhengig av helse- og sosialberedskapsloven, burde tas inn i de alminnelige helse- og sosiallover.
- Trygdeområdet burde i utgangspunktet ikke omfattes av lov om helsemessig og sosial beredskap, men heller reguleres i folketrygdloven.

Prosjektgruppens innstilling ble sendt på høring 25. juli 1997. I høringen var det et entydig ønske om en ny beredskapslov og bred tilslutning til hovedtrekkene i forslaget til ny lov. Det var også bred støtte til hovedtrekkene i den foreslåtte lovstruktur, det vil si en struktur som innebar en egen beredskapslov på helse- og sosialområdet og «alminnelige» beredskapsbestemmelser inntatt i den ordinære helse- og sosiallovgivningen.

Forslag til ny helseberedskapslov ble fremmet 25. juni 1999, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) Om lov om helsemessig og sosial beredskap. Stortinget vedtok loven i tråd med departementets forslag uten endringer, jf. Innst. O. nr. 79 (1999-2000).

For en kort gjennomgang av for helse- og omsorgstjenestelovgivningen, helseberedskapslovgivningen og annen beredskapslovgivning vises det til høringsnotatets kapittel 5. For øvrig vises det til den beskrivelse av gjeldende rett som er inntatt i høringsnotatets øvrige kapitler.

9.4 Departementets vurdering av behovet for revisjon av helseberedskapsloven

Ved kongelig resolusjon 12. august 2011 ble det oppnevnt en uavhengig kommisjon for å gjennomgå og trekke lærdom fra angrepet på regjeringsskvartalet og massakren på Utøya 22. juli 2011. Kommisjonen fremla 13. august 2012 sin rapport, NOU 2012: 14 *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*.

Kommisjonen vurderte at helse- og omsorgstjenesten mer overordnet gjennomførte et vanskelig oppdrag på en god måte. Kommisjonen anbefalte at helse- og omsorgstjenesten burde opprettholde kapasitet og fleksibilitet til krisehåndtering, samt sikre ressurser til øvelser. Mer konkret anbefalte kommisjonen at taushetspliktbestemmelsene i helsepersonelloven burde gjennomgås for å sikre nødvendig informasjonsutveksling i katastrofesituasjoner. Videre påpekte kommisjonen at et oppdatert regel- og planverk for redningstjenesten som avklarer ansvar og roller, måtte på plass, herunder regler for arbeid i usikrede områder. De involverte virksomhetene i helse- og redningstjenesten utførte også selv en rekke evalueringer etter 22/7-hendelsen og Helsedirektoratet har sammenstilt evalueringer av helse- og omsorgstjenestens innsats, jf. Helsedirektoratet. Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. Læring for bedre beredskap.

Dels som følge av 22. juli-kommisjonens vurderinger og anbefalinger, og dels som følge av blant annet Helsedirektoratets og andre virksomheters egnevaluering, ga Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 direktoratet i oppdrag å vurdere behovet for å revidere helseberedskapsloven. Direktoratet ble bedt om eventuelt å utforme forslag til konkret lov- og forskriftstekst, samt vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene.

I tråd med departementets oppdrag oversendte Helsedirektoratet 1. juni 2019 «Utredning med forslag til revidert helseberedskapslov». Direktoratet vurderte at det var behov for å revidere helseberedskapsloven som en sektorlov både hva gjelder materielt innhold, språkdrakt, systematikk og brukervennlighet. Direktoratet anbefalte derfor en oppdatering av helseberedskapsloven. Departementet påbegynte arbeidet med oppfølging av

direktoratets forslag høsten 2019, men arbeidet måtte imidlertid stilles i bero som følge av arbeidet med håndtering av koronapandemien.

Også Stortinget har gjennom anmodningsvedtak bedt om at det gjøres en regelverksrevisjon, jf. Vedtak nr. 84, 17. november 2020, truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:109 S (2019–2020), jf. Innst. 56 S (2020–2021):

«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig revisjon av smittevernloven etter at koronakommisjonen har levert sin rapport.»

Regjeringen ga i Prop. 1 S (2023–2024) følgende redegjørelse for oppfølging av anmodningsvedtaket:

«Oppfølging av vedtaket må ses i sammenheng med de to delrapportene som Koronakommisjonen avga hhv. 14. april 2021 (NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien) og 26. april 2022 (NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2). Oppfølging av vedtaket må også ses i sammenheng med at regjeringen 29. april 2022 nedsatte et uavhengig utvalg som skulle evaluere myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien samlet sett, og i tillegg evaluere omikronhåndteringen i perioden fra 1. november 2021 til tentativt 1. mai 2022. Utvalget leverte sin rapport til statsministeren 2. juni 2023 (NOU 2023: 16 Evaluering av pandemihåndteringen – rapport fra Koronautvalget). Utvalget har i sitt arbeid sett hen til Koronakommisjonens to delrapporter. Utvalgets rapport er nå på høring med høringsfrist 16. oktober 2023.

Oppfølging av vedtaket må også ses i sammenheng med regjeringens stortingsmelding om folkehelsepolitikken (Meld. St. 15 (2022–2023) og Stortingets behandling av denne (Innst. 398 S (2022–2023)), pågående arbeid med stortingsmelding om helseberedskap og pågående gjennomgang av organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen som omtalt i revidert nasjonalbudsjett for 2023, jf. Prop. 118 S (2022–2023).

Basert på bl.a. ovennevnte dokumenter tar regjeringen sikte på å sende på høring forslag til endringer i smittevernloven, helseberedskapsloven og andre relevante lover i løpet av våren 2024. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Som redegjort for i kapittel 4 er det i en rekke offentlige utredninger, rapporter og stortingsmeldinger påpekt behov for både enkeltstående endringer og en mer helhetlig revisjon av regelverket om smittevern og helseberedskap. Også departementets egne erfaringer med smittevernloven, helseberedskapsloven og beslektet regelverk, ikke minst gjennom pandemihåndteringen, tale for at det er behov for slik regelverksrevisjon.

Utviklingstrekk de siste tiår som redegjort for i blant annet kapittel 1, herunder endret sikkerhetspolitisk situasjon, taler i seg selv for at det er behov for revisjon av regelverket om smittevern og helseberedskap. Regelverket må sette helse-, omsorgs- og sosialtjenesten i stand til å håndtere hendelser i hele krisespekteret, fra ulykker og uhell til pandemier, terror og væpnet konflikt. Dette spekteret, og trusselbildet det bygger på, har endret seg i løpet av de drøyt tyve årene som har gått siden helseberedskapsloven ble vedtatt.

Ovennevnte offentlige utredninger, rapporter og stortingsmeldinger har inngått som grunnlagsmateriale i departementets arbeid med dette høringsnotatet. I tråd med oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 26. januar 2023 har også Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet utarbeidet omfattende innspill til departementets regelverksarbeid.

Etatenes innspill er oversendt departementet 31. mars, 15. juni og 22. september 2023. Etatenes vurderinger og påpekt behov for en rekke regelverksendringer, herunder konkrete endringsforslag, har vært sentralt for departementets arbeid. Det gis ikke her en samlet redegjørelse for etatenes innspill, men som det vil fremgå er etatenes vurderinger og forslag knyttet til både mer overordnede eller avgrensede problemstillinger presentert en rekke steder i høringsnotatet. Etatenes innspill, sammen med departementets oppdragsbrev, publiseres på departementets og etatenes hjemmesider ved utsendelse av dette høringsnotatet.

10 Lovstruktur

10.1 Oppsummering av kapittelets vurderinger og forslag

I dette kapittelet foreslår departementet å:

- Beholde helseberedskapsloven som en egen sektorlov for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, fremfor samordning med eller inkorporering i tjenestelovene og andre beredskapslover.
- Erstatte gjeldende helseberedskapslov med en ny lov, fremfor å foreslå nødvendige endringer i eksisterende lov. Etter høringen vil det bli tatt endelig stilling til om det skal foreslås ny lov eller kun foreslås endringer i gjeldende lov.

10.2 Videreføring av en egen beredskapslov for helse- og omsorgstjenesten

Som redegjort for i kapittel 5, er det saklige virkeområdet til beredskapsloven fra 1950 delvis overlappende med flere sektorspesifikke beredskapslover og beredskapshjemler. Beredskapsloven vil derfor kunne overstyre eller supplere slik lovgivning.

Helseberedskapsloven, og flere av de andre beredskapslovene og beredskapshjemlene, er avgrenset til å gjelde kun for nærmere bestemte sektorer, tjenesteområder, tjenester, virksomheter, personellgrupper eller ulike kombinasjoner av disse.

Beredskapsloven gjelder kun sikkerhetspolitiske kriser og krig, mens helseberedskapsloven også omfatter kriser og katastrofer i fredstid, som koronapandemien. Dette taler for at det er et klart behov for videreføring av en egen helseberedskapslov.

Totalberedskapskommisjonen har i NOU 2023: 17 punkt 31.8.2 blant annet påpekt viktigheten av gode beredskapsbestemmelser for kriser i den lavere delen av krisespektret. Kommisjonen mener at regulering i sektorlovgivningen er fornuftig. Det påpekes at sektorlovgivningen må ha beredskapsbestemmelser som hjemler aktuelle tiltak for påregnelige krisesituasjoner. Videre har kommisjonen anbefalt at det nedsettes et lovutvalg som får i oppdrag å utarbeide et forslag til hvordan beredskapslovgivningen bør innrettes. I Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen - Forberedt på kriser og krig*, uttales det blant annet i punkt 10.5.1:

«Regjeringen vil vurdere om dagens beredskapslovgivning inneholder nødvendige hjemler for å håndtere påregnelige krisesituasjoner. Videre vil regjeringen sikre at rettslige vurderinger av hjemmelsgrunnlag inngår som del av beredskapsplanverk og øvelser. Basert på erfaringer fra pandemien vil regjeringen vurdere behovet for egne retningslinjer for gjennomføring av lov- og forskriftsprosesser under kriser som av tidshensyn ikke kan følge vanlige prosedyrer.»

Departementet mener at en felles rettslig overbygning for all beredskapsvirksomhet i helse-, omsorgs- og sosialtjenesten, hvor oppgaver og ansvar er klarest mulig definert, vil bidra bedre til å styrke beredskapen enn samordning med eller inkorporering i andre beredskapslover. En samling av bestemmelsene etter hvilken samfunnssektor de skal

regulere, vil lette oversikten over beredskapsansvaret og -reguleringen for brukerne av reglene.

En sektortilnærming ved valg av lovstruktur vil etter departementets vurdering også gi et bedre utgangspunkt for en helhetlig tilnærming til lovverket, samt gjøre det enklere å samordne forskjellige planer og tiltak i sektoren. En egen helseberedskapslov vil også gjøre det enklere å harmonisere regelverket med øvrig helse-, omsorgs- og sosialtjenestelovgivning.

Departementet foreslår derfor å beholde helseberedskapsloven som en egen sektorlov for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, fremfor samordning med eller inkorporering i andre beredskapslover.

10.3 Fastsettelse av ny helseberedskapslov

Helseberedskapsloven har ikke blitt revidert i sin helhet siden den ble vedtatt i 2000. Tiden som har gått fra loven ble vedtatt kan tale for at det er behov for en helhetlig gjennomgang av hele loven, fremfor at det kun vurderes endringer i utvalgte bestemmelser.

Departementets overordnede vurdering er at loven i utgangspunktet har stått seg godt og at den langt på vei har nødvendige hjemler for å håndtere kriser på helse- omsorgs- og sosialområdet, herunder pandemier. Selv om lovens fullmaktsbestemmelser kun har vært anvendt noen få ganger, er den av stor betydning for det løpende arbeidet med planlegging, beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid i de virksomhetene som er omfattet av loven. Dette er lovpålagte plikter som gjelder uavhengig av om det har oppstått en krise eller ikke.

Departementet mener likevel det er behov for å foreslå flere større og mindre endringer i flere bestemmelser, inkludert sentrale bestemmelser om formål, fullmakter, vilkår for å utløse fullmaktshjemler og hvem som skal ha myndighet til å beslutte utløsning av fullmaktene. Departementet foreslår også en ny regulering av den gjeldende adgangen til å fravike lov ved forskrift. I tillegg til slike materielle endringer foreslås det også en rekke endringer av teknisk eller henvisningsmessig art, blant annet som følge av endret begrepsbruk og innføring av nye bestemmelser. Dette taler for at helseberedskapsloven bør foreslås som en ny lov, fremfor at det kun foreslås endringer i gjeldende lov.

En ny helhetlig lov kan også gjøre det enklere å bruke loven. En samling av forarbeider til loven i ett dokument, både for bestemmelser som endres og bestemmelser som videreføres, vil gjøre det enklere å se lovens ulike bestemmelser i sammenheng.

Departementet har i dag også sendt på høring forslag til ny smittevernlov. Disse to lovene vil i enkelte sivile kriser virke tett sammen, for eksempel ved pandemier. Også dette taler for at det i hvert fall i høringsnotatet redegjøres mest mulig helhetlig og samlet for alle bestemmelsene i en ny helseberedskapslov.

Departementet sender derfor på høring et helhetlig forslag til ny helseberedskapslov, fremfor å kun redegjøre for de bestemmelser som foreslås endret. Etter høringen vil

departementet ta endelig stilling til om det skal foreslås ny lov eller endringer i gjeldende lov.

11 Lovens formål og virkeområde

11.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet vurderer departementet om det er behov for endringer i lovens formålsbestemmelse og reguleringen av lovens stedlige og saklige virkeområde.

Departementet foreslår i all hovedsak å videreføre lovens formålsangivelse, med følgende presiseringer:

- lovens formål om å verne befolkningens liv og helse vil også gjelde før en krise, katastrofe eller væpnet konflikt har inntrådt eller følgene av en krise har materialisert seg.
- lovens formål skal også være «å legge til rette for motstandsdyktighet og evne til omstilling og prioritering for å hindre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet overskrides ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig»

Når det gjelder lovens stedlige virkeområde, foreslår departementet å:

- presisere i § 1-2 at helseberedskapsloven gjelder «i riket».
- videreføre dagens regulering om at Kongen ved forskrift kan bestemme i hvilken utstrekning helseberedskapsloven skal gis anvendelse på Svalbard og Jan Mayen.
- videreføre dagens regulering om at Kongen kan bestemme at loven også gis anvendelse på kontinentalsokkelen, på norske fartøy og luftfartøy hvor de enn befinner seg.

Når det gjelder lovens saklige virkeområde, foreslår departementet å videreføre reguleringen av hvilke virksomheter og personellgrupper loven skal gjelde for.

11.2 Formål

11.2.1 Innledning

Ved ikraftsetting av helse- og omsorgstjenesteloven 1. januar 2012, ble lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) opphevet og erstattet av helse- og omsorgstjenesteloven. Videre ble de deler av daværende sosialtjenestelov som ikke allerede var overført til sosialtjenesteloven (i kraft 1. januar 2010), inkorporert og videreført i helse- og omsorgstjenesteloven. Den daværende lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. ble samtidig opphevet.

Med lovendringene ble det som tidligere ble definert som «omsorgstjenester», og deler av det som tidligere ble definert som «sosialtjenester», videreført innenfor betegnelsen «helse- og omsorgstjenester» slik dette skal forstås i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven.

Helseberedskapslovens ordlyd ble oppdatert med den nye definisjons- og begrepsbruken. Helseberedskapslovens forarbeider er imidlertid skrevet på et tidspunkt hvor gamle definisjoner eller begrepsbruk for de ulike tjenestetypene gjaldt. I den videre drøftingen

vil det derfor oppstå behov for å forklare eller presisere uttalelser i forarbeidene i tråd med den definisjons- og begrepsbruken som nå gjelder.

11.2.2 Gjeldende rett

Om hovedmål, prioriteringer og funksjonelle krav ved helse- og omsorgsberedskapen

Hovedmålene for helseberedskapen er ifølge Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 5.1.2 å etablere en helse- og omsorgstjeneste som i kriser, katastrofer og krig:

1. I størst mulig grad forebygger og begrenser skader og sykdom og sikrer liv og helse gjennom utøvelsen av nødvendig diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering.
2. Tar beredskapsmessige hensyn i helseplanleggingen og har et helhetlig og øvet planverk for omstilling i fred og krig.
3. Foretar en samfunnstjenlig prioritering av forsyning, distribusjon og fordeling av livsviktige varer, tjenester og personell.

Når det gjelder *prioriteringer og funksjonelle krav* til helseberedskapen er det påpekt at i utgangspunktet så gjelder de samme prinsippene for prioritering av helse- og omsorgstjenester i fred som i krig. Målene for den medisinske innsatsen ved kriser eller katastrofer i fredstid skal i prinsippet være de samme som for medisinsk behandling og pleie overhodet. Samtidig understrekes det at i krig må prioriteringen av pasientene innskjerpes. I krig vil grensen mellom de skadede som behandles ambulant og skadede som innlegges i sykehus forskyves sterkt mot de alvorligst skadede. Det kan også være behov for at skader som i fredstid ville blitt behandlet på sykehus, vil måtte behandles ambulant eller av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet legger til grunn at dette fortsatt må gjelde. I tillegg vil de normale reglene og prinsippene for prioriteringer også kunne påvirkes ved større kriser og katastrofer i fredstid, for eksempel ved pandemier eller perioder med stor tilstrømning av flyktninger.

I Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 5.1.2 er ønskede prioriteringer og funksjonelle krav konkretisert gjennom følgende opplisting av krav som man må kunne stille til helse- og omsorgstjenesten i en krise-, katastrofe- eller krigssituasjon:

1. Alle akutt skadede pasienter, akutt syke pasienter samt pasienter med behov for øyeblikkelig psykiatrisk hjelp skal behandles umiddelbart eller så snart som praktisk mulig, uavhengig av økonomisk evne, bosted, rase, etnisk tilhørighet, sosial status, yrke og kjønn. Krise og katastrofesituasjoner, beredskap eller krig skal ikke påvirke de medisinskfaglige og etiske normene for fagprofesjonene innen helsevesenet. Det skal ikke gjøres forskjell på militære og sivile pasienter eller nasjonaliteter i krig.
2. Nødvendige smitteverntiltak må igangsettes, herunder vaksinerings. Det skal gis opplysning, råd og veiledning om smittsomme sykdommer og hvordan de forebygges.
3. Oversikt over helsepersonell og annet ressurspersonell skal være tilgjengelig, personell skal kunne omdisponeres og pålegges å utføre nærmere tilvist arbeid.
4. Behandlingskapasitet skal kunne frigjøres ved iverksetting av evakuering eller omdirigering av pasienter.

5. Strategisk viktige og strengt uunnværlige varer skal være anskaffet i fredstid og/eller alternative leveranser/forsyninger av disse varene eller tjenestene skal være sikret.
6. Befolkningen skal så langt som praktisk mulig sikres tilstrekkelig adgang til legemidler og informeres om medisinsk riktig og forsvarlig legemiddelbruk.
7. Informasjon skal gis for å berolige, gi hjelp til selvhjelp, fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen.
8. I krig skal helsevesenets totale ressurser utnyttes optimalt med hensyn til totalforsvarets behov.

Når det mer overordnet gjelder prioritering innenfor helse- og omsorgstjenesten, viser departementet til Meld. St. 21 (2024-2025) *Helse for alle – rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*.

Når det gjelder *hovedmålene for omsorgstjenesten*, er dette i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 5.1.3 (der omtalt som sosial- og omsorgstjenesten), formulert som at:

1. Sosial- og omsorgstjenestene skal i kriser i fred og i krig i størst mulig utstrekning sikre velferd, livsopphold, praktisk hjelp, avlastning og omsorg hos personer som ikke kan ta vare på eller forsørge seg selv, jf. lov om sosiale tjenester. Så langt det er mulig skal tjenestemottakerne kunne opprettholde et normalt liv.
2. Sosial- og omsorgssektoren skal ha evne til problemløsning, omstilling og fleksibilitet i forhold til de endrede forhold og utfordringer som kan oppstå under kriser i fred og krig.

Departementet vil presisere at sosial- og omsorgstjenesten ikke er én tjeneste. Under kriser og katastrofer vil kommunene kunne stå overfor ekstraordinære forhold og store utfordringer. Eksempler på slike utfordringer kan være tilstrømming av nye brukere, mangel på ressurser og sammenbrudd i infrastruktur. Under slike forhold gjelder i utgangspunktet de samme prinsippene for *prioriteringer* som under normal drift. Man vil likevel i høyere grad enn ellers måtte prioritere de med størst behov for tiltak. I Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 5.1.3 er det uttalt at følgende krav må kunne stilles til «sosial- og omsorgstjenesten» under kriser og katastrofer:

1. Evne til problemløsning, omstilling og fleksibilitet.
2. Effektive ansvars- og kommandolinjer.
3. Oppdatert beredskapsplan.
4. Oppdatert personelloversikt.
5. Oppdatert oversikt over brukere og brukernes fordeling i kommunen eller bydelen.
6. Nødvendige ekstralokaler, utstyr mv. må være utpekt og nødvendige samarbeidsavtaler inngått.
7. Relevant opplæring/øvelser for ulike kategorier personell må være gjennomført.

Om utforming av lovens formålsbestemmelse

Lovens formålsbestemmelse ble opprinnelig utformet slik:

«Formålet med denne lov er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

For å ivareta lovens formål, skal virksomheter loven omfatter kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven.»

Formålsbestemmelsen ble endret i forbindelse med vedtagelse av helse- og omsorgstjenesteloven, slik at tjenestebeskrivelsen i første ledd nå lyder «nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester».

Helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens virksomhet er viktig for det sivile samfunnet, det enkelte individ og totalforsvaret. Det kan ha avgjørende betydning for totalforsvarets evne til å fungere at man har en godt fungerende helse- og omsorgstjeneste og sosialtjeneste både i normalsituasjoner og under ulike former for kriser og katastrofer eller krig.

Med vern av befolkningens liv og helse menes både akutt medisinsk beredskap, andre sykdomsforebyggende og skadereduserende tiltak og miljørettet helsevern. Miljørettet helsevern omfatter «de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer», jf. folkehelseloven § 8 første ledd. Kommunens oppgaver og tiltakshjemler innenfor miljørettet helsevern fremgår av loven § 9 til § 17. For omtale av hva som omfattes av nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester, vises det til den alminnelige helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.

Det presiseres at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester fortsatt skal kunne ytes i de situasjonene som helseberedskapsloven omfatter, altså «under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid».

Andre ledd uttrykker hvilke virkemidler de virksomhetene som loven omfatter skal benytte seg av for å nå formålet. Bestemmelsen tar utgangspunkt i den daglige driften i normalsituasjonen og forutsetter planlegging og forberedende tiltak for hvordan virksomhetene skal kunne opprettholde driften og, om nødvendig, legge om, utvide eller flytte driften ved krig, kriser og katastrofer. Det anses i utgangspunktet ikke hensiktsmessig at ansvaret for oppgavene overlates til andre tjenesteleverandører enn de som har ansvaret i normalsituasjonene. Oppgavene som skal løses i krig, kriser og katastrofer er for store og viktige til å skulle bli overlatt til improvisasjon. Det er derfor lovfestet plankrav og plikt til forberedende tiltak på helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens område.

Utarbeidelse av planer er i seg selv kompetansegivende. Det er derfor viktig at planleggingen integreres i den ordinære virksomheten. Regelmessige øvelser på gjennomføring av planene er viktig både fordi det vil gi grunnlag for forbedringer av planene ved revisjon og øke kompetansen til deltakerne. Planene må også gjøres kjent for de ansatte i virksomheten.

Tilføyelse i slutten av andre ledd «slik det er bestemt i eller i medhold av loven» er ifølge forarbeidene tatt med for å unngå at formålsbetegnelsen skal oppfattes som en selvstendig pliktbestemmelse.

11.2.3 Departementets vurderinger og forslag

Den gjeldende formålsbestemmelsen er basert på beskrivelsen av hovedmål, prioriteringer og funksjonelle krav ved helse- og omsorgsberedskapen som det er redegjort for i punkt 11.2.2. Departementet legger til grunn at denne beskrivelsen i all hovedsak vil være dekkende også for fremtidens helse- og omsorgsberedskap. Dette taler for at formålsbestemmelsen i all hovedsak bør videreføres i forslag til ny lov.

Departementet mener likevel at det er grunn til å foreslå enkelte endringer i formålsbestemmelsens ordlyd.

Etter loven er det ikke et absolutt krav om at en krise, katastrofe eller krig allerede har inntrådt før loven skal kunne anvendes, jf. Ot prp nr. 89 (1998-99) side 142. Potensialet i en foreliggende situasjon eller hendelse under oppseiling, kan tale for at lovens fullmakter kan og bør anvendes, jf. nærmere om dette i kapittel 16 hvor det redegjøres for at fullmaktsbestemmelsene også vil kunne anvendes i slike situasjoner. Erfaringsmessig er mange hendelser like ressurskrevende i forebyggings- og forberedelsesfasen som i selve håndteringsfasen, og det bør være et uttalt mål for all helseberedskap at det settes inn tilstrekkelige ressurser allerede i denne fasen. Dersom lovens ordlyd gir inntrykk av at den potensielle krisen må være av en alvorlig karakter og at utviklingen mot krise må ha kommet svært langt før det er aktuelt å iverksette tiltak etter loven, vil dette kunne hindre myndighetene fra å reagere på et tidlig nok tidspunkt. Departementet foreslår derfor at formålsbestemmelsen i § 1-1 første ledd presiserer at lovens formål om å verne befolkningens liv og helse også vil gjelde før en krise, katastrofe eller væpnet konflikt har inntrådt eller følgene av en krise har materialisert seg. Dette viderefører gjeldende rett.

Departementet foreslår også å endre rekkefølgen på de situasjonene som loven omfatter, og da slik at ny rekkefølge blir «ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig». Denne endringen er kun språklig og uten materiell betydning.

Departementet har videre vurdert om formålsbestemmelsen bør endres for å tydeliggjøre at formålet med loven også er å kunne iverksette tiltak for å bevare helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenestens kapasitet og evne til å sørge for nødvendige tjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig. Dersom det inntreffer krig, kriser eller katastrofer av et visst omfang, vil virksomhetenes evne til å sørge for blant annet øyeblikkelig helsehjelp og nødvendige helse- og omsorgstjenester kunne bli utfordret. Det vil kunne være nødvendig å bruke lovens fullmaktsbestemmelser til å foreta omstillinger eller prioriteringer for å sikre at ressurser fordeles på en forsvarlig og rettferdig måte dit de trengs mest.

Dette er allerede en del av lovens formål, men det fremgår forutsetningsvis av formålsbestemmelsens andre ledd som pålegger tjenestene en plikt til å kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften ved kriser og katastrofer i fredstid og under

krig. Av lovens forarbeider fremgår videre at slike hensyn også kan begrunne anvendelse av lovens ulike fullmaktsbestemmelser, jf. nærmere omtale i kapitlene 16 til 19, 22 og 23. Departementet mener likevel dette aspektet er så sentralt at det bør fremgå uttrykkelig av formålsbestemmelsens ordlyd. Departementet foreslår derfor et nytt andre ledd i bestemmelsen hvor det presiseres at lovens formål også skal være «å legge til rette for motstandsdyktighet og evne til omstilling og prioritering for å hindre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet overskrides ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig».

Gjeldende andre ledd i formålsbestemmelsen synliggjør blant annet at helseberedskapsloven pålegger de virksomhetene som omfattes av loven en plan- og forberedelsesplikt, jf. formuleringen «på basis av (...) oppdaterte planverk og regelmessige øvelser». Konkrete plikter når det gjelder planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid følger av loven § 2-2 første og andre ledd og helseberedskapsforskriften, som er fastsatt med hjemmel i bestemmelsens fjerde og femte ledd. Lov og forskrift pålegger dermed plikt til planarbeid, forberedelse og øvelse som skal sikre at tjenestene er forberedt dersom det skulle oppstå en krise, katastrofe eller krig. Plan- og forberedelsesplikten gjelder altså før det foreligger en slik situasjon, jf. nærmere om dette under kapittel 14 om forberedende beredskapstiltak.

Med henvisning til ovenstående foreslår departementet at lovens formålsbestemmelse gis slik utforming:

«§ 1-1 Lovens formål og virkemidler

Formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen *ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig eller når slike situasjoner truer.*

Formålet med loven er videre å legge til rette for motstandsdyktighet og evne til omstilling og prioritering for å hindre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet overskrides ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig.

For å ivareta lovens formål, skal virksomheter loven omfatter kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften *ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig*, på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven.»

11.3 Stedlig virkeområde – forholdet til Svalbard, Jan Mayen mv.

11.3.1 Gjeldende rett

Helseberedskapslovens stedlige virkeområde fremgår av loven § 1-2, som lyder:

«Kongen kan gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. Kongen kan gi forskrift om og i hvilken utstrekning loven skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.»

11.3.2 Departementets vurderinger og forslag

I mangel av annen presisering, gjelder lover generelt «i riket». Departementet foreslår likevel at det i lovforslaget § 1-2 første ledd presiseres at helseberedskapsloven «gjelder i riket.»

Begrepet «i riket» inkluderer i utgangspunktet Norges territorium. Dette vil si det geografiske området hvor norsk lov gjelder. Dette inkluderer fastlands-Norge, Svalbard, Jan Mayen og De norske bilandene (Bouvetøya, Peter I's øy og Dronning Maud Land). Det er likevel slik at for visse former for lovgivning må det sies særskilt dersom lovgivningen skal få anvendelse for Svalbard, Jan Mayen eller bilandene. Svalbard er en del av Kongeriket Norge, jf. lov 17. juli 1925 nr. 11 om Svalbard § 1. Likevel er en stor del av de lovene og forskriftene som gjelder i Norge, ikke gjort gjeldende for Svalbard. Utgangspunktet for norsk lovgivnings anvendelse på Svalbard er svalbardloven § 2. Etter bestemmelsens første ledd gjelder norsk privatrett, strafferett og lovgivningen om rettspleien for Svalbard når ikke annet er fastsatt. Etter § 2 andre ledd gjelder andre lovbestemmelser ikke uten at det er bestemt særskilt.

Helseberedskapsloven § 1-2 gir Kongen hjemmel til å gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Kongen kan også bestemme at loven skal få anvendelse på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal luftfart, samt på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.

Departementet mener helseberedskapsloven i utgangspunktet bør ha det samme virkeområdet som den øvrige lovgivning på helse-, omsorgs- og sosialområdet. Tidligere har helselovgivningen i liten grad vært gjeldende for Svalbard og Jan Mayen. Sosialtjenesteloven er ikke gitt anvendelse på Svalbard. Blant annet med hjemmel i helseberedskapsloven § 1-2 er det imidlertid fastsatt forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen. Hovedhensikten med forskriften er å modernisere helselovgivningen for Svalbard og Jan Mayen, og å legge reguleringen tettere opp til fastlandslovgivningen. Av forskriften § 3 fremgår at det regionale helseforetaket Helse Nord RHF «skal sørge for akuttmedisinsk beredskap og andre helsetjenester på Svalbard i den utstrekning dette er nødvendig og hensiktsmessig ut fra de stedlige forholdene.» Av forskriften § 8 fremgår at helseberedskapsloven og enkelte forskrifter gjelder for Svalbard. Bestemmelsen lyder:

«§ 8 Helseberedskapslovens anvendelse for Svalbard

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjelder for Svalbard.

Forskrifter med hjemmel i helseberedskapsloven som gjelder for Svalbard, er

- a. forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap
- b. forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse.

Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF – Longyearbyen sykehus har plikt til å utarbeide beredskapsplaner etter lovens § 2-2.

Privat sykehus på Svalbard har plikt til å utarbeide beredskapsplan for virksomheten etter lovens § 2-2.

Sysselmasteren og Longyearbyen lokalstyre omfattes av helseberedskapsloven og har plikt til å utarbeide beredskapsplan etter lovens § 2-2 for det ansvaret de har etter smittevernloven og folkehelseloven kapittel 3, jf. forskriften § 9 og § 10.»

Forskriften har ingen særregulering av helseberedskapslovens anvendelse for Jan Mayen. Det innebærer at helseberedskapsloven ikke gjelder for Jan Mayen.

Departementet foreslår å videreføre dagens regulering om at Kongen ved forskrift kan bestemme i hvilken utstrekning helseberedskapsloven skal gis anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Departementet foreslår også å videreføre dagens regulering om at Kongen kan bestemme at loven også gis anvendelse på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel. Reguleringen inntas som andre ledd i lovforslaget § 1-2.

11.4 Saklig virkeområde – virksomheter loven gjelder for

11.4.1 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 1-3 regulerer hvilke virksomheter loven gjelder for, og lyder slik:

«§ 1-3 *Virksomheter loven gjelder for*

Denne lov gjelder for:

- a. den offentlige helse- og omsorgstjeneste og sosialtjeneste og kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3,
- b. private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester til befolkningen,
- c. private som uten formell tilknytning til kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester,
- d. Mattilsynet,
- e. offentlige næringsmiddellaboratorier,
- f. private næringsmiddellaboratorier,
- g. vannverk,
- h. apotek, grossister og tilvirkere av legemidler,
- i. bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr.

Departementet kan i forskrift bestemme at også andre virksomheter som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, skal omfattes av loven.»

11.4.2 Departementets vurderinger og forslag

11.4.2.1 Innledning

Helseberedskapsloven pålegger de virksomhetene den gjelder en plikt til planlegging, og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid. Enkelte plikter etter loven gjelder

imidlertid ikke for alle virksomheter som omfattes av loven, jf. for eksempel planplikten etter § 2-2. I tillegg vil lovens fullmaktsbestemmelser kunne anvendes overfor de virksomhetene som omfattes av loven.

11.4.2.2 Bokstav a – «den offentlige helse- og omsorgstjeneste og sosialtjeneste og kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3»

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen uendret i ny lov som § 1-3 første ledd bokstav a.

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten omfatter ifølge Ot.prp. nr. 89 (1998–99) side 140 alle helse- og omsorgstjenester som det offentlige yter, inkludert kommunenes tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, helseforetakenes tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og fylkeskommunenes tjenester innenfor den offentlige tannhelsetjenesten etter tannhelsetjenesteloven. Se nærmere omtale av hvilke konkrete tjenester dette gjelder i høringsnotatet kapittel 5.

Med *sosialtjeneste* menes kommunalt organiserte hjelpetiltak til personer med økonomiske og sosiale utfordringer. Dette omfatter tjenester etter sosialtjenesteloven og enkelte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 61 L (2015–2016) s. 25 og Ot.prp. nr. 89 (1998–99) side 140.

Loven gjelder ikke for barneverntjenesten eller andre kommunale eller fylkeskommunale tjenester utenfor Helse- og omsorgsdepartementets styringsområde, selv om disse i den enkelte kommune kan være organisert i integrerte enheter sammen med helse- og/eller sosialtjenesten, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998–99) side 140.

Kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3 omfatter kommunens miljørettede helsevern.

11.4.2.3 Bokstav b – «private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester til befolkningen»

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen uendret i ny lov som § 1-3 første ledd bokstav b.

Loven gjelder også for private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester til befolkningen. Adgangen til å inngå slik avtale følger blant annet av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Folketrygdloven § 5-4 stiller også som vilkår for å oppnå folketrygdrefusjon at det er inngått slik avtale.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunene «sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester». Av bestemmelsens femte ledd fremgår at slike tjenester «kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere». En stor andel av landets fastleger som er selvstendig næringsdrivende har inngått slik avtale.

Av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd følger tilsvarende at de regionale helseforetakene skal «sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen

helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon». Av bestemmelsens sjuende ledd fremgår at spesialisthelsetjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere. De regionale helseforetakene inngår på denne bakgrunn avtaler med selvstendig næringsdrivende leger og psykologer, samt andre private virksomheter, for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar.

Tannhelsetjenesteloven §§ 1-1 tredje ledd, 4-1 og 4-2 bestemmer også at fylkeskommunen kan inngå avtale med privatpraktiserende om å yte tannhelsetjenester som omfattes av det fylkeskommunale ansvaret for å sørge for den «offentlige tannhelsetjenesten».

11.4.2.4 Bokstav c – «private som uten formell tilknytning til kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester»

Helseberedskapsloven gjelder også for private tilbydere av helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester som ikke har noen formell tilknytning til kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten. Loven § 1-3 første ledd bokstav c omfatter for eksempel sykehus, leger og psykologer uten offentlig avtale. Begrunnelsen er at det også kan være behov for disse ressursene i krisehåndtering.

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen uendret i ny lov som § 1-3 første ledd bokstav c.

11.4.2.5 Bokstav d, e og f – «Mattilsynet» og offentlige og private næringsmiddellaboratorier

Loven § 1-3 første ledd bokstavene d, e og f nevner henholdsvis Mattilsynet, offentlige næringsmiddellaboratorier og private næringsmiddellaboratorier.

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsene uendret i ny lov som § 1-3 første ledd bokstavene d, e og f.

11.4.2.6 Bokstav g – «vannverk»

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen uendret i ny lov som § 1-3 første ledd bokstav g.

I forarbeidene til helseberedskapsloven er vannverk definert som «den del av et vannforsyningssystem som utgjøres av tekniske anlegg inkludert ledningsanlegg og tilhørende driftsorganisasjon». Det fremgår at både offentlig og privat eide vannverk omfattes, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998–99) side 140. Forarbeidenes definisjon av vannverk samsvarer med definisjonen i daværende forskrift 1. januar 1995 nr. 68 om vannforsyning og drikkevann mm. Denne forskriften ble opphevet og erstattet av forskrift 4. desember 2001 nr. 1372. Forskriften av 2001 ble senere opphevet ved ikrafttredelse av forskrift 22. desember 2016 nr. 1868 om vannforsyning og drikkevann (drikkevannsforskriften).

Selv om det etter dette ikke eksisterer en særskilt definisjon av «vannverk» i matloven eller drikkevannsforskriften, mener likevel departementet at dette begrepet har et så vidt klart innhold at det kan videreføres i loven. I tråd med den definisjon av begrepet som er inntatt i forarbeidene legger departementet til grunn at et vannverk i hovedsak må forstås som et anlegg for magasinerings, inntak, behandling, fremføring og distribuerings av vann til offentlig og industriell bruk, herunder drikkevann. Et vannverk har normalt en sjø eller

en elv som kilde og suger ferskvann inn i et anlegg som renser vannet før videre distribusjon. Begrepet «vannverk» vil også omfatte den organisasjonen som eier og driver anleggene.

11.4.2.7 Bokstav h – «apotek, grossister og tilvirkere av legemidler»

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen uendret i ny lov som § 1-3 første ledd bokstav h.

Bestemmelsen omfatter både private og offentlig eide *apotek*. I apotekloven § 1-3 bokstav a er apotek definert som «salgssted for legemidler til sluttbruker hvor det gis legemiddelfaglig veiledning, som er fysisk tilgjengelig for publikum».

Etter legemiddeloven § 14 første ledd er «grossist» definert som en «virksomhet eller person som driver med engrosomsetning». Med «engrosomsetning» menes «all virksomhet som går ut på anskaffelse, oppbevaring, utlevering eller eksport av legemidler, med unntak for utlevering av legemidler til allmennheten».

Når det gjelder «tilvirkere av legemidler», er tilvirkning av legemidler definert i legemiddeloven § 12 første ledd som «fremstilling, pakking, ompakking, etikettering, ometikettering og frigivelse av legemidler, samt de nødvendige kontroller i forbindelse med disse aktiviteter».

11.4.2.8 Bokstav i – «bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr»

I tråd med forslag i Prop. 127 L (2022–2023) *Endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven (isolering og smittekarantene m.m.)*, ble «bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr» fra 12. januar 2024 lagt til som ny § 1-3 bokstav i. Frem til dette tidspunkt hadde dette kun fulgt av midlertidige bestemmelser vedtatt i forbindelse med håndtering av koronapandemien. Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen uendret i ny lov som § 1-3 første ledd bokstav i.

Medisinsk utstyr er en grunnleggende innsatsfaktor for å ivareta befolkningens liv og helse og for at helse- og omsorgstjenesten kan yte gode tjenester. Medisinsk utstyr er alle produkter som fra produsentens side er ment å skulle anvendes på mennesker i den hensikt å diagnostisere, forebygge, overvåke, behandle eller lindre sykdom, skade eller handikap. Også visse svangerskapsforebyggende midler, samt hjelpemidler til funksjonshemmede omfattes av regelverket om medisinsk utstyr. Medisinsk utstyr kan bestå av ett produkt eller flere i kombinasjon. For eksempel er behandlingsutstyr, en rekke hjelpemidler, operasjonsutstyr, dentalmaterialer, samt tilbehør og programvare.

Inkluderingen i § 1-3 av «bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr» må også sees i sammenheng med adgangen til å innføre omsetningsrestriksjoner etter § 5-2 og adgangen etter § 5-3 for departementet til å pålegge virksomhetene å utføre nærmere bestemte forberedende tiltak med sikte på omlegging og omsetningsrestriksjoner. For nærmere redegjørelse for § 5-2 og § 5-3 vises det til høringsnotatets kapittel 18.

11.4.2.9 *Adgang til ved forskrift å bestemme at «også andre virksomheter som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, skal omfattes av loven»*

Med hjemmel i § 1-3 andre ledd kan departementet i forskrift bestemme at også andre virksomheter enn de som følger av første ledd og som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, skal omfattes av loven. Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen uendret i ny lov som § 1-3 andre ledd.

I Ot.prp. nr. 89 (1998–99) s. 140 er virksomheter som driver med renovasjon, avfallshåndtering og produksjon av medisinsk-teknisk utstyr, nevnt som eksempler på virksomheter som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.

I tillegg vil departementet påpeke at det også kan bli behov for å fastsette forskrift om at blant annet leverandører av varer og tjenester til vannverk skal omfattes av loven. Siden loven ble gitt har trusselbildet endret seg vesentlig. Erfaringer fra så vel koronapandemien, som den endrede og mer spente sikkerhetspolitiske situasjonen på verdensbasis, har vist at det kan oppstå krisesituasjoner som går utover forhold som er knyttet til selve vannverket. I helseberedskapsmeldingen, jf. Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap - Fra pandemi til krig i Europa*, er det i punkt 4.5 blant annet uttalt:

«Endring i teknologi har gjort vannforsyningssystemene mer sårbare for mangel på grunnleggende innsatsvarer. Det dreier seg både om teknisk utstyr og kjemikalier som er nødvendig for å opprettholde produksjonen av drikkevann. Disse produktene inngår i den globale varehandelen, og tilgang er ofte avhengig av forhold utenfor Norges grenser. Videre har vannbransjen gjennomgått omfattende digitalisering og er potensielt mer sårbar for digitale trusler.»

Stabil og tilstrekkelig tilgang til rent vann er avgjørende for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester. Dette forutsetter igjen tilgang til kjemikalier til bruk i vannrensning. Manglende tilgang til rent vann vil i løpet av forholdsvis kort tid ha betydning i så måte. Basert på dagens og fremtidens trussel- og risikobilde og de sårbarhetene som er identifisert, kan det i gitte situasjoner derfor bli nødvendig å fastsette forskrift om at også leverandører av varer og tjenester til vannverk skal omfattes av loven for å bidra til nødvendig forsyningssikkerhet.

I forlengelsen av ovenstående har departementet vurdert om leverandører av varer og tjenester til vannverk heller kunne vært inntatt i lovens oppregning i § 1-3 første ledd som en type virksomhet som er permanent omfattet av loven. Departementet har imidlertid kommet til at dette ikke vil være hensiktsmessig. I lov vil det være vanskelig å avgrense begrepet «leverandører av varer og tjenester til vannverk» på en tilstrekkelig klar og entydig måte. Som nevnt kan teknisk utstyr og kjemikalier av ulik art være nødvendig for å drifte forskjellige typer vannverker og for å produsere drikkevann. Det er slik sett vanskelig å avgrense en eventuell lovfesting på en hensiktsmessig måte. I tillegg vil leverandører av denne type utstyr eller innsatsfaktorer, også kunne være leverandør av en rekke andre typer utstyr, innsatsfaktorer eller tjenester som benyttes av andre

virksomheter i tillegg til vannverk. Slik generell lovfesting ville dermed innebære at helseberedskapsloven bare kom til anvendelse for avgrensede deler av disse virksomhetene. Departementet viser også til at helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten er avhengig av leveranser av materiell, utstyr og tjenester fra en lang rekke virksomheter for å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester. Dette er med andre ord noe som vil gjelde for alle de virksomheter som er omfattet av helseberedskapsloven, og ikke utelukkende for vannverkene. Slik eksplisitt lovfesting med betydning for leverandører til vannverkene kunne skape tvil om dette.

Departementet mener derfor at det vil være mer hensiktsmessig å fastsette plikter for leverandører til vannverk ved forskrift, basert på en konkret og helhetlig vurdering av den foreliggende situasjonen. I slik forskrift vil man også mer detaljert kunne angi for hvilke virksomheter helseberedskapsloven skal komme til anvendelse.

Departementet viser også til redegjørelsen i høringsnotatet kapittel 22 om adgangen til rekvisisjon. Det foreslås der å presisere at departementets hjemmel etter loven § 3-1 til å kunne rekvirere utstyr og innsatsfaktorer som er nødvendig «til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester», også vil kunne omfatte produsenter eller leverandører av varer og tjenester til vannverk, herunder teknisk utstyr og kjemikalier av ulik art. For rekvisisjon for formål utover dette, vil eventuelt også rekvisisjonsadgangen etter sivilbeskyttelsesloven § 25 og næringsberedskapsloven § 6 og § 8 kunne anvendes.

11.5 Saklig virkeområde - personell loven gjelder for

11.5.1 Personell som tjenestegjør i virksomheter omfattet av loven

11.5.1.1 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 1-4 første punktum fastslår at loven primært «gjelder for personell som tjenestegjør i virksomheter loven omfatter». Bestemmelsen må sees i sammenheng med loven § 1-3, som angir hvilke virksomheter loven gjelder for. Personell som loven gjelder for, kan blant annet pålegges tjeneste og beordres etter loven § 4-1.

Med tjenestegjøring menes enhver som arbeider for en virksomhet som omfattes av loven, uavhengig av om vedkommende er ansatt i fast stilling, vikariat eller engasjement.

Som redegjort for i tilknytning til § 1-3, gjelder loven blant annet for den offentlige helse- og omsorgstjeneste og sosialtjeneste, private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester til befolkningen og private som uten formell tilknytning til kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester. Personell som tjenestegjør i slike virksomheter, vil være omfattet av loven.

Loven § 1-4 første punktum gjelder både for helsefaglig utdannet eller opplært personell, og personell uten slik særskilt fagutdanning. Det avgjørende er om de har et arbeidsforhold til en virksomhet som omfattes av loven.

Loven gjelder for det første for helsepersonell. Etter helsepersonelloven § 3 første ledd er helsepersonell «personell med autorisasjon eller lisens, personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører helsehjelp og elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp».

I tillegg gjelder helseberedskapsloven for annet personell, blant annet IKT-personell og merkantilt og teknisk personell som tjenestegjør på sykehus, sykehjem eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slikt personell vil være en avgjørende forutsetning for å yte helse- og omsorgstjenester, selv om arbeidsoppgavene ikke anses som helsehjelp i henhold til helsepersonelloven.

Loven gjelder også for personell som tjenestegjør innenfor sosialtjenesten. Også her vil loven gjelde uavhengig av faglig bakgrunn.

Reguleringen av hva slags personell som omfattes av loven, har først og fremst betydning for hvem som kan pålegges utvidet tjenesteplikt og beordring etter loven § 4-1. Det at loven gjelder både helsefaglig utdannet eller opplært personell og personell uten slik særskilt fagutdannelse, innebærer en forskjell når det gjelder adgangen etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven til å pålegge personell tjenesteplikt ved «ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter». Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 kan kommunen ved «ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter» kun pålegge personell som utfører oppgaver etter denne loven, altså *personell som utfører kommunale helse- og omsorgstjenester*, å utføre nærmere tilvist arbeid. Tilsvarende følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 d at det regionale helseforetaket kan pålegge *helsepersonell* som tjenestegjør i det regionale helseforetaket og institusjoner som det regionale helseforetaket eier, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Loven gjelder ikke for personell ansatt i sektorer som ikke omfattes av loven, for eksempel personell ansatt i barneverntjenesten eller utdanningssektoren. Dette gjelder selv om disse tjenestene kan være organisert i integrerte enheter sammen med helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten i den enkelte kommune. Grupper av slikt personell kan imidlertid bli omfattet av loven dersom departementet fastsetter forskrift om dette etter § 1-4 andre punktum.

11.5.1.2 *Departementets vurderinger og forslag*

Departementet kan ikke se noen grunn til å endre bestemmelsen og foreslår at den videreføres uendret i ny lov som § 1-4 første punktum.

11.5.2 Personell som det ved forskrift kan bestemmes skal omfattes av loven

11.5.2.1 *Gjeldende rett*

Lovens anvendelse for personell som har formelle eller uformelle kvalifikasjoner som det kan være behov for i en krisesituasjon, men som ikke har et tjenesteforhold i en virksomhet omfattet av loven, er regulert i § 1-4 andre punktum. Departementet kan ved forskrift «bestemme at personell som har tjenestegjort i slike virksomheter, og særskilt

kvalifisert personell, skal omfattes av loven». Dette åpner blant annet for at også slikt personell kan pålegges tjeneste og beordres etter loven § 4-1.

Eksempel på personell som har tjenestegjort i virksomheter som loven omfatter er personell som har gått over i annen virksomhet, eller som har gått ut av arbeidslivet, men som fortsatt har særlige kvalifikasjoner som det kan være behov for i helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten i en krisesituasjon. Eksempel på særskilt kvalifisert personell er studenter eller elever som er under utdanning med sikte på å kunne arbeide i virksomheter loven omfatter, og som har gjennomført et minimum av sin utdanning. Et annet eksempel på personell som kan falle inn under denne kategorien kan være personell som har gjennomført en helse- og omsorgsfaglig utdanning, men som etter endt utdanning ikke har utøvd slikt yrke.

Forutsatt at departementet har fastsatt forskrift om at slike personellgrupper skal være omfattet av loven, vil det ved tildeling av arbeidsoppgaver på vanlig måte måtte vurderes om personellet har den nødvendige kunnskapen som kreves for å utføre det aktuelle arbeidet forsvarlig. Aldersgrensen på beordringspliktig personell etter loven § 4-1 tredje ledd, vil også gjelde for denne gruppen personell.

11.5.2.2 *Departementets vurderinger og forslag*

Departementet mener det i forslag til ny lov bør videreføres en ordning som gjør at man på en hensiktsmessig måte kan disponere over personell med formelle eller uformelle kvalifikasjoner som det kan være behov for i en krisesituasjon, også selv om disse ikke har et tjenesteforhold i en virksomhet omfattet av loven. Slikt personell vil kunne utgjøre en verdifull ressurs i arbeidet med å håndtere en pågående krise.

I forlengelsen av dette har derfor departementet vurdert om personell som i dag kan besluttet omfattet av loven etter § 1-4 andre punktum, heller bør være permanent omfattet av loven, jf. ordningen etter § 1-4 første punktum.

Dersom loven permanent omfatter personell som har tjenestegjort i virksomheter som loven omfatter og særskilt kvalifisert personell, vil man raskere kunne benytte dette personellet ved krise. I slike situasjoner ville man ikke behøve å først utforme og fastsette særskilt forskrift om at dette personellet skal være omfattet av loven. Selv om det vil ta noe tid å fastsette slik forskrift, viser imidlertid erfaringer fra koronapandemien at man relativt raskt vil klare å få på plass nødvendige forskrifter for å håndtere en ventet eller pågående krise. Det er derfor uklart hvor mye tid man vil kunne vinne ved lovfesting.

Det vil innebære økt forutsigbarhet, dersom personellgruppen er permanent omfattet av loven. Dette gjelder for både personell og virksomhetene, i det forberedende arbeidet med beredskapsplaner, ved øvelser og ved håndtering av en krise.

På den annen side, kan det oppleves som inngripende for personell som ikke lenger arbeider innenfor en virksomhet omfattet av loven, eller som ennå ikke har arbeidet i en slik virksomhet, å være permanent omfattet av loven med de forpliktelser som dette innebærer. Dersom en slik ordning skal lovfestes, vil det av den grunn trolig være nødvendig å utforme bestemmelsene om hvem som omfattes på en mer presis og avgrenset måte enn i dag. Det er krevende å gjøre dette på forhånd i lov og vil trolig

enklere kunne gjøres ved en forskrift som utformes tilpasset den konkrete krisen og det personellbehovet som man da ser.

Departementet viser også til diskusjonen i punkt 14.6.5.3, hvor det uttales at departementet tar sikte på å starte et arbeid med å utvide ordningen med studentlisens til flere grupper på permanent basis ved endring i lisensforskriften. Dette vil blant annet bidra til at man raskere enn i dag vil kunne få oversikt over denne personellressursen, slik at den raskt vil kunne benyttes ved en eventuell beredskapskrise. Departementet viser også til punkt 19.4.8, hvor det uttales at departementet vil be Helsedirektoratet om å etablere en plan for beordring av helsepersonell. Disse tiltakene innebærer at behovet for permanent lovfesting av disse personellressursene også vil være mindre.

Etter departementets oppfatning er derfor dagens løsning tilstrekkelig fleksibel til å ivareta behovet for kunne disponere over personell med relevant kompetanse ved håndtering av en beredskapskrise. Dagens ordning åpner også for at man i større grad kan utforme regler som er best tilpasset den konkrete krisen og det personellbehovet som man konkret ser.

Med henvisning til ovenstående, foreslår derfor departementet å videreføre bestemmelsen uendret i ny lov som § 1-4 andre punktum.

12 Lovfesting av ansvarsforhold – ansvarsprinsippet

12.1 Oppsummering av kapittelets vurderinger og forslag

I dette kapitlet foreslår departementet å videreføre lovreguleringen av ansvarsprinsippet. Dette innebærer at den som har ansvaret for en tjeneste, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap

12.2 Gjeldende rett

I Norge og en rekke andre land har man gjennom en årrekke basert beredskaps- og samfunnssikkerhetsarbeidet på de fire beredskapsprinsippene ansvar, likhet, nærhet og samvirke. I Instruks 1. september 2017 nr. 1349 *Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet (samfunnssikkerhetsinstruksen), del III*, defineres disse fire prinsippene og det fastslås at arbeid med samfunnssikkerhet skal bygge på disse. Nasjonal helseberedskapsplan, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 19. mai 2025, gir de overordnede føringene for helse- og omsorgssektorens forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer.

Beredskapsprinsippene er nærmere omtalt i punkt 3.1. *Ansvarsprinsippet* innebærer i sin kjerne at den myndigheten eller organisasjonen som har ansvar for et fagområde til daglig også har det i krise. *Likhetsprinsippet* betyr at organiseringen i kriser bør være mest mulig lik daglig organisering. *Nærhetsprinsippet* innebærer at kriser organisatorisk skal håndteres på lavest mulig effektivt nivå. *Samvirkeprinsippet* medfører at myndigheter, virksomheter og etater har selvstendig ansvar for å sikre at de samvirker med relevante aktører og virksomheter om forebygging, planlegging og krisehåndtering.

Ansvarsprinsippet er lovfestet i loven § 2-1, som lyder:

«§ 2-1 Ansvarsprinsippet

Den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap».

At en krise, katastrofe eller krig inntreffer, berører i seg selv ikke de ordinære ansvars- og ledelsesforholdene. Ansvarsprinsippet innebærer at det daglige sektorprinsippet og den enkelte fagstatsråds konstitusjonelle ansvar videreføres i krisesituasjoner. Det enkelte ansvarlige departement må sørge for samordning med andre departementer for å sikre nødvendig krisehåndtering. Det er hensiktsmessig å slå fast ansvarsforholdet og på den måten klargjøre at det ikke inntreffer noen endring i ansvarsforholdene før det treffes en uttrykkelig avgjørelse om dette i medhold av lov. Ansvarsprinsippet omfatter alle deler av

virksomheten, herunder ansvaret for finansiering av beredskapsarbeid og beredskapsforberedelser.

Ansvarsprinsippet innebærer at myndigheten eller virksomheten selv må tenke gjennom de krisescenariene den kan bli utsatt for og forberede nødvendige tiltak. Gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser og utvikling av krisehåndteringskompetanse kan derfor utledes av prinsippet. Et annet viktig uttrykk for ansvarsprinsippet er plikten til å planlegge sin egen virksomhet. Ved større kriser og katastrofer vil det kunne være behov for å samordne og styre ressursene, enten fordi det er nødvendig å disponere ressursene på tvers av kommuner, fylkeskommuner eller stat, eller det kan være behov for å legge om eller utvide tjenestene.

En annen konsekvens av ansvarsprinsippet er at beredskapsarbeid og beredskapsansvar må integreres i virksomhetens daglige virksomhet. Dette betyr blant annet at beredskapsarbeidet må integreres i strategisk og daglig styring og finansieres av de normale budsjettmidlene virksomheten råder over.

Ansvarsprinsippet retter seg i utgangspunktet kun mot offentlige myndigheter og virksomheter. Det er en forutsetning at vedkommende myndighet er gitt et ansvar for et område eller ansvar for å sørge for eller tilby en tjeneste.

For en privat virksomhet passer ikke ansvarsprinsippet like godt. Slike virksomheter vil ikke ved lov være pålagt ansvar for å tilby tjenester på samme måte som en offentlig instans. En privat virksomhet vil drive virksomheten i henhold til en eller annen forståelse med det offentlige. Det kan være inngått særskilt avtale om dette eller en eller annen form for formalisert samarbeid kan være satt som betingelse for tildeling av offentlige midler. I helse- og omsorgssektoren er det vanlig at ideelle organisasjoner, andre privateide virksomheter eller selvstendig næringsdrivende tilbyr tjenester i henhold til en avtale med en kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak. Slike tjenester fra ideelle eller private vil da inngå som en integrert del av det offentlige tjenestetilbudet. Forholdet mellom partene reguleres gjennom avtale innenfor de rammer som følger av lovverket, herunder hvilke plikter virksomheten har, hvordan dette skal finansieres og eventuelle tilsyns-, eller rapporteringsordninger. Det er dermed opp til de ansvarlige myndighetene og foretakene, det vil si kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak, å sørge for at nødvendige avklaringer og bestemmelser tas med i avtalene.

Ansvarsprinsippet får også betydning for tilsyn. Ansvarsprinsippet innebærer for det første at det er den samme tilsynsmyndigheten som har ansvaret for tilsyn med virksomhetens øvrige virksomhet som skal føre tilsyn også med beredskapsarbeidet. For det andre, er det samme myndighet som fører tilsyn med virksomheten i en normalsituasjon som skal føre tilsyn i en beredskapssituasjon. Det er viktig for tilsynsmyndigheten å kjenne virksomheten fra en normalsituasjon, for på best mulig måte å kunne vurdere forberedelser med tanke på en beredskapssituasjon, eller for å fortsette tilsynet under en krisesituasjon. Dersom tilsynsmyndigheten fører tilsyn med hele virksomhetens ansvarsområde, kan den lettere se virksomheten som helhet.

Dersom ansvarsprinsippet skal fravikes, må dette særskilt bestemmes. Hjemmel for slik fravikelse kan blant annet være gjeldende § 6-2 andre ledd, som fastslår at dersom betingelsene i § 1-5 er oppfylt, «kan Kongen gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning». Det kan for eksempel være aktuelt at en annen myndighet enn hva som ellers gjelder skal ha ansvar for hele eller deler av en sektor under en sikkerhetspolitisk krise eller en annen beredskapssituasjon.

12.3 Departementets vurderinger og forslag

Ansvarsprinsippet

Den som har ansvaret til daglig vil som regel være nærmest til ikke bare å kunne vurdere og foreta nødvendig forberedelser, men også å ta nødvendige avgjørelser som en beredskapssituasjon krever. Når en beredskapssituasjon inntreffer vil det kunne være en tilstand av kaos, situasjonen vil være uoversiktlig, informasjonen vil være mangelfull eller usikker, det vil være vanskelig å bedømme hva som er korrekt informasjon, det vil ofte være usikkerhet knyttet til krisens videre forløp eller utvikling. Selv om situasjonen kjennetegnes på denne måten, vil det ofte være behov for raske beslutninger for å håndtere krisen og de utslag denne gir eller for å forebygge at krisen videreutvikles i negativ retning eller øker i omfang. Dersom man i slike situasjoner skulle opprette nye organer som skal overta håndteringen av situasjonen, kan dette lett medføre uklarhet, tidsspille og ineffektiv kriseledelse. Dette taler for at det er den virksomhet som kjenner ansvarsområdet fra en normalsituasjon som vanligvis vil være best rustet til å kunne håndtere også en krise, katastrofe eller krigssituasjon.

I Helseberedskapsmeldingen, Meld. St. 5 (2023-2024) *En motstandsdyktig helseberedskap - Fra pandemi til krig i Europa*, kapittel 2, er det vist til at arbeidet med samfunnssikkerhet bygger på de fire beredskapsprinsippene ansvar, likhet, nærhet og samvirke og at regjeringen legger de fire prinsippene til grunn også for fremtidens helseberedskap i Norge. Dette fremgår også av Nasjonal helseberedskapsplan. Totalberedskapskommisjonen har i sin utredning, NOU 2023: 17 *Nå er det alvor - Rustet for en usikker fremtid*, punkt 7.6.4, uttalt at de fire beredskapsprinsippene er en grunnleggende forutsetning for arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap, og at disse prinsippene må beholdes og videreutvikles.

En viktig forutsetning for en effektiv samordning og krisehåndtering er at de enkelte myndighetenes og virksomhetenes ansvarsområder er tilstrekkelig klargjort. Etter departementets vurdering vil fortsatt lovfesting av ansvarsprinsippet bidra til dette i større grad enn dersom dette kun skulle vært innført gjennom lokale eller nasjonale beredskapsplaner, retningslinjer, instruksjer eller eierstyring. Lovfesting av et klart ansvarsforhold og ansvarsprinsipp er, slik departementet ser det, en grunnleggende forutsetning for at en krigssituasjon, krise eller katastrofe kan håndteres best mulig.

Departementet foreslår derfor å videreføre lovfesting av ansvarsprinsippet uten endringer i forslag til ny helseberedskapslov. I lovforslaget er bestemmelsen tatt inn som § 2-1.

Ansvarsregulering i den ordinære helse- og omsorgstjenestelovgivningen

Den alminnelige helse-, omsorgs- og sosiallovgivningen gir særskilte regler om ulike virksomheters plikter og ansvar for å styrke motstandsdyktigheten (robustheten) ved beredskapshendelser, blant annet:

- Helse- og sosialtjenestens hjelpeplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner
- Utrykningsplikt for leger og annet helsepersonell
- Tjenesteplikt for helsepersonell i akutte situasjoner
- Kommuneoverlegens medvirkning i kommunens helseberedskap.

For en fullstendig gjennomgang av disse lovendringene vises det til Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 6.3. Departementet viser også til høringsnotatets punkt 5.2 for nærmere redegjørelse.

Departementet har i arbeidet med revisjon av helseberedskapsloven ikke sett behov for å foreslå endringer i slike bestemmelser i andre lover som nevnt.

13 Lovfesting av andre beredskapsprinsipper

13.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet vurderer departementet om likhetsprinsippet, nærhetsprinsippet og samvirkeprinsippet bør lovfestes i helseberedskapsloven, i tillegg til ansvarsprinsippet. Videre vurderes om andre relevante prinsipper for beredskapsarbeid bør lovfestes.

Departementet foreslår ikke å lovfeste andre prinsipper enn ansvarsprinsippet.

13.2 Gjeldende rett

Norge har gjennom en årrekke bygget beredskaps- og samfunnssikkerhetsarbeidet på de fire beredskapsprinsippene ansvar, likhet, nærhet og samvirke. Ansvarsprinsippet er i dag lovfestet i helseberedskapsloven § 2-1 og departementet foreslår i punkt 12.3 å videreføre dette. De tre sistnevnte beredskapsprinsippene er ikke lovfestet i dag.

13.3 Departementets vurderinger og forslag

13.3.1 Likhetsprinsippet

Likhetsprinsippet innebærer at organiseringen under kriser skal være mest mulig lik den organiseringen man opererer med til daglig. Samordningen mellom aktørene skal tilpasses den aktuelle situasjonen. Ved større, komplekse kriser der normal organisering ikke er tilstrekkelig, kan man likevel etablere en egen, forsterket kriseorganisasjon.

Begrunnelsene for både ansvarsprinsippet og likhetsprinsippet har store likhetstrekk: Den organisasjonen og det personellet som har ansvaret i normalsituasjoner, er de som best vil kunne ivareta ansvaret i krise. På samme måte er tanken at det er effektivt å benytte de samme styringslinjene og samarbeidspartnerne i kriser som i en normalsituasjon.

Likhetsprinsippet, og også nærhetsprinsippet som omtales nedenfor, er utledet av ansvarsprinsippet. Det kan tale for at en særskilt lovfesting av disse prinsippene i helseberedskapsloven ikke er like nødvendig. Etter departementets vurdering er ansvarsprinsippet også enklere å lovfeste på en klar og presis måte enn likhetsprinsippet og nærhetsprinsippet. Blant annet er ansvarsprinsippet mer allmenngyldig og det vil i mindre grad enn hva som gjelder for både likhetsprinsippet, nærhetsprinsippet og samordningsprinsippet være behov for å forklare eller definere prinsippet i lovtekst. Det vil også være mindre behov for å gjøre unntak fra ansvarsprinsippet i beredskapssituasjoner.

Departementet viser også til at det av Nasjonal helseberedskapsplan fremgår at norsk helseberedskap skal utformes i tråd med disse fire prinsippene. Slik sett vil det være mindre nødvendig med lovfesting, samtidig som det ved behov for endringer eller presiseringer av begrepet vil være raskere og enklere å gjøre dette i Nasjonal helseberedskapsplan enn ved lovendring.

Departementet viser endelig til at flere bestemmelser i helseberedskapsloven gir nettopp hjemmel til å fravike likhetsprinsippet, for eksempel loven §§ 5-1, 5-2 og 6-2. Å lovfeste likhetsprinsippet kunne innebære uheldige bindinger på den handlefriheten som ansvarlig myndighet må ha for å kunne håndtere større og alvorlige kriser.

Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste likhetsprinsippet i forslaget til ny lov.

13.3.2 Nærhetsprinsippet

Nærhetsprinsippet innebærer at kriser skal håndteres på lavest mulig effektive organisatorisk og geografisk nivå. De som for eksempel er geografisk nærmest en hendelse, er også de som har lokalkunnskapen og ressurser i kort nok avstand til å håndtere den. Visse typer av større og komplekse kriser kan likevel kreve en krisehåndtering som i større grad involverer regionalt eller nasjonalt nivå. I de fleste tilfellene vil en krise av lavere alvorlighetsgrad håndteres av det ansvarlige fagdepartementet, eventuelt av et departement i samråd med andre involverte departementer. Ved alvorlige kriser eller katastrofer vil imidlertid også regjeringen bli engasjert i håndteringen.

Et hovedgrep ved større hendelser vil nettopp være å håndtere hendelsen i en større enhet eller i et større område for å sikre nødvendige og tilstrekkelige ressurser til krisehåndteringen. En lovfesting kunne medføre uheldige bindinger for den handlefriheten som ansvarlig myndighet må ha ved krisehåndteringen.

I likhet med de vurderinger som er gjort i punkt 13.3.1, mener departementet at heller ikke nærhetsprinsippet bør lovfestes.

13.3.3 Samvirkeprinsippet

I tråd med forslag i Meld. St. 29 (2011-2012) ble samvirkeprinsippet i 2012 lagt til som et fjerde prinsipp for krisehåndtering for å styrke samordning og samarbeid mellom sektorer og andre beredskapsaktører. Prinsippet innebærer at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med andre relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering. Samvirkeprinsippet skal understøtte sektorvis og tverrsektoriell samhandling, og bidrar til å forankre samarbeidet mellom offentlig, privat og frivillig sektor.

I likhet med vurderingene i punkt 13.3.1 og 13.3.2, mener departementet at heller ikke samvirkeprinsippet bør lovfestes. Samvirkeprinsippet må langt på vei kunne sies å være utledet av ansvarsprinsippet. En aktør kan slik sett ikke nøye seg med å ivareta eget ansvar uten å forsikre seg om at andre ansvarlige aktører er varslet og ta initiativ til koordinering og samarbeid om nødvendige tiltak.

13.3.4 Andre beredskapsprinsipper - handlingsprinsippet, fleksibilitetsprinsippet og retningsprinsippet

I tillegg til de fire hovedprinsippene, legger enkelte land også til grunn andre beredskapsprinsipper. Blant annet opererer man i Danmark i tillegg med

handlingsprinsippet, fleksibilitetsprinsippet og retningsprinsippet, jf. Beredskapsstyrelsens «Retningslinjer for krisestyring», 2019.

Handlingsprinsippet innebærer at man i uoversiktlige situasjoner heller skal eskalere innsatsen tidlig, for deretter å nedskalere dersom situasjonen blir avklart.

Fleksibilitetsprinsippet innebærer at man skal tilpasse oppdrag og sette sammen ulike elementer i krisehåndtering alt etter hva situasjonen krever. Myndighetenes arbeids- og samarbeidsmåte skal fortløpende kunne tilpasses behovet i krisehåndteringen.

Retningsprinsippet innebærer at tiltak som gjøres for å håndtere en krise skal ta utgangspunkt i «klare strategiske hensikter». En virksomhet skal kunne begrunne hva den til enhver tid ønsker å oppnå med sin samlede krisehåndtering.

I tråd med vurderingen av lovfesting i punktene 13.3.1 – 13.3.3, mener departementet at slike nye prinsipper ikke bør lovfestes i forslag til ny helseberedskapslov.

14 Forberedende beredskapstiltak – planplikt, beredskapsplanlegging og øvelser

14.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet vurderer departementet lovens regulering av forberedende beredskapstiltak, herunder planplikt.

Departementet foreslår:

- Videreføring av loven § 2-2 om planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid
- Videreføring av loven § 2-3 om varsel og rapportering
- Departementets begrunnelse for å ikke foreslå endringer er at lovbestemmelsene i all hovedsak ivaretar det som bør fremgå på lovs nivå. Ytterligere presisering av regelverket på dette området bør eventuelt primært skje gjennom forskrifter, og da først og fremst helseberedskapsforskriften. Departementet vil senere utrede behov for endringer i forskriften.
- Videreføre plikter knyttet til forsyningssikkerhet og beredskapslagring.
- Per nå ikke lovfeste opprettelse av permanente registre over personell som kan mobiliseres eller omdisponeres i krise.
- Gi Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan en koordinerende enhet for samarbeid mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene kan opprettes som en permanent ordning som iverksettes i beredskapssituasjoner, jf. ordningen under pandemien med en nasjonal knutepunktgruppe for koordinering
- Det tas sikte på å starte et arbeid med å vurdere å utvide ordningen med studentlisens til flere grupper på permanent basis ved endring i forskrift 21. desember 2000 nr. 1379 om lisens til helsepersonell
- Samarbeid med frivillige bør videreutvikles og integreres tettere i beredskapsarbeid. Ved en eventuell revisjon av helseberedskapsforskriften vil departementet vurdere om det skal innføres en plikt til å integrere frivillige organisasjonene i planverk og øvelser, eller om slik integrering kan sikres på andre måter.

14.2 Innledning

Beredskapsfeltet kan grovt sett deles inn i tre:

- Alminnelig beredskap
- Beredskap ved kriser og katastrofer i fredstid
- Beredskap i krig eller når krig truer

Med alminnelig beredskap menes den beredskapen som finnes i samfunnet for å kunne håndtere hendelser som inntreffer i det daglige, som akuttmedisinske tjenester i og utenfor sykehus og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt daglig arbeid med hendelser innenfor blant annet smittevern og miljørettet helsevern. Med beredskap ved kriser og katastrofer i fredstid menes tiltak for å kunne håndtere hendelser som i alvorlighet eller omfang går ut over det som det tas sikte på å håndtere ved den alminnelige beredskap. Som regel vil håndteringen også av dette ta utgangspunkt i en mobilisering og omstilling av den daglige virksomheten for å skalere opp kapasiteten.

Med beredskap i krig menes tiltak for å forberede samfunnet på krig og legge om samfunnsfunksjonene slik at de kan fortsette sin virksomhet ved krig.

Som redegjort for i kapittel 5, regulerer den ordinære helse- og omsorgstjenestelovgivningen håndteringen av hjelpebehovet ved ulykker eller mindre kriser i normalsituasjoner. Helseberedskapsloven inneholder i tillegg særskilte fullmaktsbestemmelser som kan komme til anvendelse for å håndtere alvorlige kriser og katastrofer i fredstid og ved krig. Loven inneholder også bestemmelser om planplikt som gjelder både for kriser og katastrofer i fredstid og ved krig. Etter gjeldende lov er det derfor lovfestet plikt for kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten til å planlegge for å kunne håndtere beredskapssituasjoner, herunder plikt til å utarbeide beredskapsplaner for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Det er også fastsatt korresponderende pliktbestemmelser i tjenestelovgivningen.

Flere kommisjoner og utvalg har i etterkant av koronapandemien omtalt utfordringer særlig knyttet til samarbeid på tvers av sektorer ved håndtering av kriser og katastrofer, og understreket behovet for planlegging og godt planverk som blant annet ivaretar tverrsektorielle behov.

Koronakommisjonen påpekte i sin første rapport, NOU 2021: 6, regjeringens ansvar for å planlegge og dimensjonere landets beredskap, jf. særlig utredningens Del I. Kommisjonen påpekte blant annet at det ikke fantes scenarier eller planer for bruk av de mest inngripende virkemidlene i smittevernloven, at regjeringen i beredskapsarbeidet ikke hadde tatt hensyn til hvordan risiko i en sektor avhenger av risikoen i andre sektorer og at regjeringen ikke hadde sørget for å bygge beredskapslagre.

I sin andre rapport påpekte *kommisjonen* at myndighetene ikke var tilstrekkelig forberedt til å kunne møte og håndtere en pandemi av et slikt alvor og omfang som koronapandemien, og at myndighetene ikke lyktes med å redusere sårbarhetene ved en risiko som var identifisert, jf. NOU 2022: 5 kapittel 1. Myndighetene hadde ikke utarbeidet beredskapsplaner for en pandemi som trakk ut i tid. Det var ikke gjennomført pandemiøvelser eller etablert noe beredskapssystem der summen av konsekvensene for samfunnet som helhet ble vurdert. Det manglet beredskapslagre med smittevernutstyr og legemidler, og intensivberedskapen og -kapasiteten på sykehusene ble vurdert til å være for dårlig. De manglende forberedelsene forsterket utfordringene med å håndtere pandemien da den trakk ut i tid. Kommisjonen anbefalte blant annet at ansvarsforholdene i norsk legemiddelberedskap bør avklares og at det etableres beredskapslagre for legemidler som kan forsyne både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I NOU 2023: 16 kapittel 7 beskriver *Koronautvalget* det overordnede systemet for beredskap og krisehåndtering, og gjennomgår relevante begreper, prinsipper og aktører. I punkt 7.1 uttales det blant annet:

«Det er et politisk ansvar å ta stilling til hva samfunnet skal være forberedt på å håndtere, og hvilke virkemidler og ressurser som må være på plass.

Kriseshåndtering forutsetter god beredskap og at ansvaret og fullmakter til de aktørene som står for håndteringen er avklart på forhånd. Det må være klart hvem som har ansvaret for hva, og hvordan de ulike aktørene skal jobbe både hver for seg og sammen, for å håndtere krisen og begrense skade. Med en krise mener vi her en brå hendelse, eller en situasjon som gradvis bygger seg opp, og som kan true liv, helse, miljø eller andre viktige samfunnsverdier.»

Også *Totalberedskapskommisjonen* omtaler utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av sektorer og understreker behovet for planlegging, jf. NOU 2023: 17 hvor det i punkt 2.2.3 blant annet uttales:

«På sentralt nivå er det utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av sektorgrensene i forvaltningen. Kommisjonen mener særlig at kapasitetene for beredskap og kriseshåndtering må utvikles mer helhetlig og etter de samme overordnede føringene. Det er behov for mer systematisk langtidsplanlegging for sivil beredskap, felles forutsetninger for beredskapsplanleggingen og en tydeligere strategisk retning for våre nasjonale sikkerhets- og beredskapsbehov.»

Kommisjonen påpeker at tverrsektoriell langtidsplanlegging for sivil beredskap må baseres på felles planforutsetninger, og at felles planforutsetninger vil kunne styrke totalforsvaret og gi en felles ramme for arbeidet med å ivareta beredskapen. Planforutsetningene vil slik sikre sammenhengende beredskapsplanlegging på alle nivåer og for samme mål. Kommisjonen mener at felles planforutsetninger må være basert på et felles trussel- og risikobilde hvor Forsvaret også bidrar.

Kommisjonen anbefaler blant annet i kapittel 31 «å nedsette et lovutvalg som får i oppdrag å utarbeide et forslag til hvordan beredskapslovgivningen bør innrettes for å kunne håndtere forventet utvikling i et tverrsektorielt perspektiv, inkludert om behovet best dekkes gjennom en tverrsektoriell krisefullmaktslov». I forlengelse av dette anbefaler kommisjonen også «å lage planverk og øve på anvendelsen av beredskapshjemler, og ha større fokus på rettslige vurderinger i beredskapsplanverk og øvelser».

Forsvarskommisjonen anbefaler i NOU 2023: 14 punkt 17.2.4, at Forsvarsdepartementet, i samarbeid med andre departementer, utreder og tydeliggjør ansvar, roller og myndighet knyttet til et revitalisert totalforsvar. Kommisjonen anbefaler også at militære og sivile planforutsetninger sees i sammenheng. Utredningen er fulgt opp gjennom Prop. 87 S (2023-2024) *Forsvarsløftet – for Norges trygghet Langtidsplan for forsvarssektoren 2025-2036*.

I regjeringens stortingsmelding om totalberedskap, Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen, Forberedt på kriser og krig*, uttales det i punkt 10.5.1 at regjeringen vil «vurdere om dagens beredskapslovgivning inneholder nødvendige hjemler for å håndtere påregnelige krisesituasjoner. Videre vil regjeringen sikre at rettslige vurderinger av hjemmelsgrunnlag inngår som del av beredskapsplanverk og øvelser».

14.3 Forberedende beredskapstiltak – planplikt, beredskapsplanlegging og øvelse

14.3.1 Gjeldende rett

14.3.1.1 Helseberedskapsloven

Helseberedskapslovens krav til planlegging, beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid følger av loven § 2-2, som lyder.

«§ 2-2 Planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid

Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Kommuner skal også utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven kapittel 3. Beredskapsplanen skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.

Sykehus som omfattes av § 1-3 første ledd bokstavene a og b, og virksomheter nevnt i bokstavene d, e, f og g, plikter å utarbeide beredskapsplan for virksomheten.

Departementet kan gi forskrift om at virksomheter nevnt i § 1-3 første ledd bokstavene c og h, samt virksomheter omfattet av loven etter § 1-3 annet ledd, skal ha plikt til å utarbeide beredskapsplan for virksomheten. Departementet kan bestemme at virksomheter som nevnt skal inngå i beredskapsplan som nevnt i første ledd.

Departementet kan gi forskrift om krav til beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet, herunder sette krav til driftssikkerhet, lagring av materiell og utstyr, og til øvelser og opplæring av personell.

Departementet kan gi forskrift om plikt for virksomheter etter loven til å kvalitetssikre beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet.»

Planplikten etter første ledd gjelder for kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten. Plikten gjelder dermed for en snevrere krets enn alle de virksomheter som omfattes av helseberedskapsloven. I bestemmelsens andre og tredje ledd presiseres imidlertid at en rekke virksomheter skal ha selvstendig planplikt og at departementet ved forskrift vil kunne beslutte at andre virksomheter også skal ha planplikt.

Planplikten gjelder for de helse- og omsorgstjenestene eller sosialtjenestene som kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Det innebærer at planplikten også vil omfatte de delene av tjenestene som etter avtale skal ytes av private aktører.

Helseberedskapsforskriften er fastsatt med hjemmel i tredje ledd. Forskriften pålegger virksomhetene å «utføre beredskapsplanlegging som gjør dem i stand til å tilby nødvendige tjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid», og stiller blant annet krav om:

- fastsettelse og oppdatering av beredskapsplan,

- risiko- og sårbarhetsanalyser som grunnlag for planen,
- planen skal omfatte prosedyrer for ressursdisponering og omlegging av drift i tråd med planforutsetninger
- operativ ledelse og informasjonsberedskap
- kompetanse, opplæring og øvelser
- forsyningssikkerhet

Selv om helseberedskapsforskriften knytter planleggingen til tjenesteyting «under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid», vil planplikten for kommuner og spesialisthelsetjenesten gjelde hele krisespekteret. Dette følger av at blant annet helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b også pålegger planplikt og viser til helseberedskapsloven. Kommuner og spesialisthelsetjeneste er også pålagt å utarbeide «omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nummer 11.

Departementenes ansvar og oppgaver i beredskapsarbeid og beredskapsforberedelser er regulert i samfunnssikkerhetsinstruksen. Helheten i departementets oppgaver fremgår ikke av helseberedskapsloven. Helseberedskapslovens innledende kapitler gjenspeiler ikke det overordnede systemet for beredskap og krisehåndtering, jf. redegjørelsen i kapittel 3. Helseberedskapsloven er en sektorlov. Samlet skal regelverk og instruksjoner understøtte god nasjonal krisehåndtering både på tvers av og innad i sektorene.

Helseberedskapslovens bestemmelse om planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid, må sees i sammenheng med den kommunale beredskapsplikten som følger av *sivilbeskyttelsesloven*. Etter denne loven § 14 første ledd plikter kommunen «å kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i kommunen, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer og hvordan de i så fall kan påvirke kommunen». Resultatet av dette arbeidet skal vurderes og sammenstilles i en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse. Av bestemmelsens andre ledd fremgår at risiko- og sårbarhetsanalysen skal legges til grunn for kommunens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Av sivilbeskyttelsesloven § 15 første ledd følger at kommunen skal utarbeide en beredskapsplan med utgangspunkt i risiko- og sårbarhetsanalysen som skal gjennomføres etter § 14. Av § 15 andre ledd fremgår:

«Beredskapsplanen skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak kommunen har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Som et minimum skal beredskapsplanen inneholde en plan for kommunens kriseledelse, varslingslister, ressursoversikt, evakueringsplan og plan for informasjon til befolkningen og media.»

Med hjemmel i sivilbeskyttelsesloven er det fastsatt forskrift 22. august 2011 nr. 894 om kommunal beredskapsplikt. Forskriften gjelder en stor bredde av kommunale tjenester og generell beskyttelse av befolkningen i kommunens område. Forskriften krever helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse forankret i kommunestyret. Relevante offentlige og private aktører skal inviteres med. Kommunen skal initiere at relevante forebyggende og skadebegrensende tiltak iverksettes og det skal utarbeides langsiktige mål, strategier, prioriteringer og plan for beredskapsarbeidet. Utfordringer knyttet til kritiske samfunnsfunksjoner og tap av kritisk infrastruktur nevnes særskilt som eksempel på hva

risiko og sårbarhetsanalysen skal omfatte, og det må planlegges for å opprettholde kontinuitet i tjenestene.

14.3.1.2 Tjenestelovgivningen mv.

I tjenestelovgivningen er det fastsatt planplikter for de ulike tjenestene eller sektorene innenfor helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Bestemmelsene speiler eller korresponderer langt på vei med reguleringen i helseberedskapsloven. Etter *spesialisthelsetjenesteloven* § 2-1 b skal *det regionale helseforetaket* utarbeide beredskapsplan etter helseberedskapsloven for institusjoner og tjenester som det skal sørge for. Beredskapsplanen skal samordnes med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes beredskapsplaner.

Av *helse- og omsorgstjenesteloven* § 5-2 om beredskapsarbeid fremgår at *kommunen* plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Tannhelsetjenesteloven § 1-3a pålegger *fylkeskommunen* en generell plikt til «planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift». Lignende bestemmelser finnes også i *spesialisthelsetjenesteloven* og *helse- og omsorgstjenesteloven*.

Smittevernloven § 7-1 tredje ledd bestemmer at «[t]iltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste». Av bestemmelsens fjerde ledd følger at *kommunen* skal sørge for at «reglene i loven blir overholdt og at vedtak i medhold av loven blir gjennomført». *Kommuneoverlegen* skal etter 7-2 andre ledd bokstav a «utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet».

Med hjemmel i smittevernloven § 7-11 kan departementet bestemme at helseberedskapsloven «helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet, bl.a. for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap». Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.

Etter *folkehelseloven* § 6 første ledd skal den oversikten kommunen skal ha over kommunens folkehelseutfordringer etter loven § 5 andre ledd, «inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1». Av § 6 andre ledd følger at kommunen i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11, «skal fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor».

Loven § 28 første ledd gir kommunen, fylkeskommunen, statsforvalteren, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet «ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner». Plikt til å utarbeide en beredskapsplan gjelder kun

for kommunens oppgaver etter lovens kapittel 3 om miljørettet helsevern. Denne beredskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Arbeids- og velferdsetatens beredskapsplikt følger av *arbeids- og velferdsforvaltningsloven (NAV-loven)* § 10 som lyder:

§ 10 Beredskap i Arbeids- og velferdsetaten

Arbeids- og velferdsdirektoratet har ansvar for at det utarbeides beredskapsplaner for å sikre opprettholdelse av virksomheten i etaten ved krise i fred eller krig. Planene skal inneholde krav til driftssikkerhet for rekrutteringsbistand og behandling av krav om ytelser og utbetaling. Direktoratet skal påse at det foreligger rutiner for lagring av materiell og utstyr, og rutiner for øvelser og opplæring av personell. Avtaler med leverandører av varer og tjenester til Arbeids- og velferdsetaten skal inneholde krav til leveringsdyktighet og informasjonssikkerhet ved slike situasjoner.

Arbeids- og velferdsetaten skal bistå med å håndtere endringer i arbeidskraftbehovet for prioriterte virksomheter ved kriser i fred eller krig. Dette omfatter blant annet formidling av registrerte arbeidsledige og frivillige som melder seg til etaten. Arbeids- og velferdsdirektoratet kan gjennomføre beredskapsplanlegging i samarbeid med bemanningsforetak og andre utleiery av arbeidskraft. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om prioritet og formidling av arbeidskraft

Adgangen til beordring ved krise i freds- og krigstid er regulert i loven § 11. Ved krig eller når krig truer eller ved kriser og katastrofer i fredstid, kan Arbeids- og velferdsdirektoratet «pålegge ansatte i Arbeids- og velferdsetaten å utføre arbeid ved andre organer i etaten». Et pålegg om å gjøre tjeneste i sosialtjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter helseberedskapsloven § 4-1 kan også omfatte ansatte i etaten. Helse- og omsorgsdepartementet kan pålegge ansatte i etaten tjeneste i helse- og sosialetaten etter helseberedskapsloven med samtykke fra Arbeidsdepartementet.

Sosialtjenesteloven § 16 første ledd første punktum bestemmer at «[K]ommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap». Sosialberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Apotekloven og *legemiddeloven* inneholder ikke særskilte regler om beredskap eller beredskapsplanplikt. Apoteklovens formål er imidlertid å sikre forsvarlig utlevering av legemidler til sluttbruker og å medvirke til riktig legemiddelbruk i befolkningen og til god tilgjengelighet i alle deler av landet til legemidler og farmasøytiske tjenester som har god kvalitet og rimelig pris, jf. loven § 1. En rekke av lovens bestemmelser vil dermed ha betydning for tilgangen til legemidler. Også legemiddelovens bestemmelser har betydning for tilgangen til legemidler. Departementet kan med hjemmel i helseberedskapsloven § 2-2 tredje ledd fastsette forskrift om at apotek, grossister og tilvirkere av legemidler skal ha plikt til å utarbeide beredskapsplan for virksomheten.

Bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr kan ikke pålegges å utarbeide beredskapsplan, men de kan med hjemmel i helseberedskapsloven § 5-2 pålegges å legge om driften, utvide driften, flytte virksomheten, innføre restriksjoner på omsetningen og rasjonere sine varer.

I tråd med forslag i Prop. 100 L (2023–2024) *Endringer i legemiddeloven og apotekloven (styrket legemiddelberedskap m.m.)*, har Stortinget vedtatt en rekke endringer i legemiddeloven og apotekloven for å kunne innføre tiltak som skal bidra til å styrke legemiddelberedskapen og legemiddeltilgangen i Norge utenfor kriser og katastrofer, jf. nærmere under punkt 14.5.1.

Matloven inneholder ikke egne bestemmelser om beredskap eller beredskapsplanplikt, men Mattilsynet plikter å utarbeide beredskapsplan for virksomheten etter helseberedskapsloven § 2-2.

Strålevernloven har bestemmelser om planleggingsplikt og beredskap i loven §§ 15 og 16. Etter § 15 første ledd kan departementet i forskrift eller enkeltvedtak «pålegge virksomheter som omfattes av loven, en planleggingsplikt for håndtering av uhell og ulykker, samt krav til avholdelse av øvelser». Av § 16 første ledd følger at «Kongen organiserer en beredskap mot atomulykker og andre hendelser som kan innebære ioniserende stråling eller spredning av radioaktivitet, for å beskytte liv, helse, miljø eller andre viktige samfunnsinteresser». For nærmere redegjørelse for organisering av atomberedskapen og ansvars plasseringen vises det til kongelig resolusjon 23. august 2013 Atomberedskap – sentral og regional organisering og forskrift. Resolusjonen fastsetter «Delegering av Kongens myndighet etter Strålevernloven § 16, annet ledd til kriseutvalget for atomberedskap», jf. forskrift 23. august 2013 nr. 1024 og «Mandat for og sammensetning av Kriseutvalget for atomberedskap med rådgivere, samt mandat for Statsforvalteren», jf. forskrift 23. august 2013 nr. 1023.

Det presiseres i strålevernloven § 16 fjerde ledd at etater med oppgaver i atomberedskapen, plikter å følge samordnet planverk.

Strålevernlovens bestemmelser om planleggingsplikt og beredskap vurderes ikke i det videre. Departementet viser her til Helseberedskapsmeldingen hvor det i punkt 4.6 er uttalt at regjeringen vil gjennomgå strålevernloven og kongelig resolusjon om atomberedskapen. Det vil blant annet bli vurdert om den gjeldende kongelige resolusjonen i tilstrekkelig grad tydeliggjør behovet for politisk behandling av inngripende tiltak med stor samfunnsmessig betydning. Det påpekes videre at det er behov for å gjennomgå ansvars- og rapporteringslinjer på alle nivåer, og behov for en gjennomgang av hvilke virksomheter som er representert i Kriseutvalget for atomberedskap og rådgivergruppen.

14.3.1.3 Helseberedskapsforskriften

Forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsforskriften), presiserer i § 1 tredje ledd at «[v]irksomhetene skal utføre beredskapsplanlegging som gjør dem i stand til å tilby nødvendige tjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid i samsvar med» helseberedskapsloven § 1-1. Av forskriften § 1 første ledd fremgår at forskriften gjelder for «virksomheter som har plikt til å utarbeide beredskapsplan etter lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2 første og andre ledd. Med begrepet virksomhet i denne forskriften forstås stat, kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak, helseforetak, Mattilsynet og vannverk».

Av forskriften § 2 første ledd fremgår at «[f]ylkesting og kommunestyre skal sørge for fastsettelse og oppdatering av beredskapsplanen. For virksomheter som ikke er fylkeskommunale eller kommunale, skal ansvarlig leder sørge for slik fastsettelse og oppdatering». Av beredskapsplanen skal det fremgå hvor ofte planen og risiko- og sårbarhetsanalysen den bygger på skal evalueres og oppdateres, jf. bestemmelsens andre ledd.

Virksomheter etter forskriften skal «gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten», jf. forskriften § 3 første ledd. Det fremgår videre at risiko- og sårbarhetsanalysen «skal ta utgangspunkt i og tilpasses virksomhetens art og omfang» og at risiko- og sårbarhetsanalysen alltid skal «omfatte selve virksomheten, virksomhetens ansvarsområde og lokale forhold som innvirker på virksomhetens sårbarhet». Bestemmelsen må sees i sammenheng med krav til internkontroll som følger av forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, jf. blant annet denne forskriftens § 6.

Forebyggende og skadebegrensende tiltak skal redusere avdekket risiko og sårbarhet, jf. § 3 andre ledd første punktum. Av bestemmelsens andre punktum fremgår at «[b]eredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbarhet i samsvar med § 4 til § 9».

Av forskriften § 4 første ledd følger at beredskapsplanene skal omfatte prosedyrer for ressursdisponering og omlegging av drift som sikrer nødvendig tjenesteytelse ved:

- «a. interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens evne til å yte varer og tjenester.
- b. eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten og som kan kreve en generell omstilling av den ordinære driften for å kunne øke kapasiteten.»

Av bestemmelsens andre ledd fremgår at beredskapsplanen «skal bygge på planforutsetninger fra departementet, overordnet virksomhet, eier, eller fra virksomhet som er ansvarlig for samordning av beredskapsplaner».

Når det gjelder krav til den operative ledelse og informasjonsberedskap, bestemmer forskriften § 5 første ledd at ved en krise eller katastrofe skal virksomheten «kunne treffe beslutninger om egen virksomhets organisering og ressursdisponering samt samvirke med overordnede ledd, myndigheter og samarbeidspartnere». I andre ledd presiseres at beredskapsplanen også skal omfatte informasjonstiltak.

Virksomheter som omfattes av forskriften skal ifølge § 6 samordne sine beredskapsplaner i samsvar spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b, folkehelseloven § 28 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2.

Etter forskriften § 7 pålegges virksomheten «å sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse». Virksomheten skal også sørge for å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler, jf. forskriften § 8.

Departementet forskriftsfestet 30. april 2024 en plikt for kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak til å sørge for lagring av 3 måneders normalforbruk av personlig verneutstyr. Plikten etter forskriften § 8 a trer i kraft 1. januar 2026, og gjelder hansker, munnbind, åndedrettsvern, smittefrakk eller heldekkende drakt, samt briller eller visir. Lagrene for normalforbruk er ment som en førstelinjeberedskap inntil leveranser fra det nasjonale beredskapslageret for pandemisituasjoner kan nå ut. Krav om lagring er ikke nytt. Det følger allerede av forskriften § 8 at virksomhetene «skal sørge for å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler». De skal derfor allerede i dag ha forsyningsplaner, tilgang til lagret verneutstyr og systemer for å holde oversikt. Beredskapsplanene skal også omfatte private i offentlig helse- og omsorgstjeneste. Koronapandemien synliggjorde imidlertid at helse- og omsorgstjenesten likevel hadde for små lager. Den nye § 8a fastsetter en felles og tydeligere norm for hva tjenestene skal sørge for å lagre og at de skal ha oversikt.

En forskriftsfestet plikt for kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak til å sørge for lagring av smittevernutstyr må sees i sammenheng med etablering av nasjonalt beredskapslager. Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt de regionale helseforetakene å ta ansvar for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr med utgangspunkt i lageret som er etablert under koronapandemien, jf. foretaksmøte 11. oktober 2021. Lageret av smittevernutstyr har et volum tilsvarende seks måneders forbruk, gitt forutsetningene om smittespredning osv. i koronapandemien. Lageret skal utvides for å kunne håndtere et realistisk alvorlig utbrudd med delvis smitte via luftsmitte i inntil tre måneder. Ansvar skal på sikt omfatte eierskap til varebeholdning og ansvar for innkjøp, rullering, organisering, drift og forvaltning av beredskapslageret. De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet innretning, organisering og etablering av det permanente nasjonale beredskapslageret, inkludert forholdet til de regionale helseforetakenes egne beredskapslager i «Utredning om permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr» av 18. april 2022.

Av forskriften § 9 første ledd følger at virksomheten «skal ha oversikt over personell som kan beordres etter helseberedskapsloven § 4-1, jf. § 1-4 første punktum». Slik oversikt skal også omfatte personell som er mobiliseringsdisponert i Forsvaret og i Sivilforsvaret.

Etter bestemmelsens andre ledd er virksomheten pålagt å «sørge for å ha nødvendig personell til disposisjon i tilfelle krise, katastrofe og krig».

Av forskriften § 10 følger at lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. «får anvendelse for plikter etter lov om helsemessig og sosial beredskap for så vidt gjelder helse- og omsorgstjenester». Det betyr at det kan føres tilsyn med virksomhetenes beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid.

14.3.2 Departementets vurdering og forslag

14.3.2.1 Om endringer i helseberedskapsloven eller tjenestelovgivningen

Med utgangspunkt i føre-var-prinsippet, er helseberedskapsloven formål å verne befolkningens liv og helse ved å sikre at helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester kan tilbys også i en krisesituasjon, enten det er krig eller fred. Lovens fullmaktsbestemmelser

og planleggingsplikt skal gi forvaltningen på alle nivåer en styrket evne til krisehåndtering.

For å kunne imøtekomme de kravene som vil bli stilt til helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten i en krise, er det nødvendig at det er gjort forberedelser for å kunne håndtere kriser. Dette er nødvendig for at virksomhetene selv skal klare å håndtere beredskapssituasjoner når disse oppstår, slik at kriser kan håndteres mest mulig lokalt uten behov for bistand eller tiltak fra sentralt hold. Forberedende arbeid lokalt og regionalt vil videre legge til rette for en mest mulig hensiktsmessig og effektiv bruk av lovens fullmaktsbestemmelser ved alvorlige kriser. En lovfestet planleggingsplikt på alle forvaltningsnivåer er dermed vesentlig for å styrke krisehåndteringsevnen, både når det gjelder den forberedende delen av beredskapsarbeidet og den utøvende delen ved håndtering av en konkret krise.

En lovfestet planleggingsplikt vil normalt bli prioritert høyere enn en oppgave som ikke er lovfestet. Lovfesting er dessuten et viktig signal om samfunnets syn på viktigheten av arbeidet. Lovfestet planplikt innen helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten er også en viktig forutsetning for å innlemme beredskapsarbeidet i den alminnelige samfunnsplanleggingen. Planleggingsplikten er videre et utslag av ansvarsprinsippet. Den som har ansvaret for en tjeneste i en normalsituasjon, har også ansvaret dersom en beredskapssituasjon skulle inntreffe. Dette ansvaret innebærer blant annet en forpliktelse til å være forberedt. En lovfestet planleggingsplikt er slik departementet ser det avgjørende for å sikre et nødvendig beredskapsnivå hos virksomheter på alle nivåer.

Helseberedskapsloven og helseberedskapsforskriften pålegger «staten» ansvar for beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid. Pliktbestemmelsene knytter seg imidlertid opp mot de helse- og omsorgstjenestene eller sosialtjenestene som de opplistede instansene «skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for». Departementets overordnede ansvar er beskrevet i instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet. Ved at helseberedskapslovens og helseberedskapsforskriftens bestemmelser om plikter i stor grad er formulert slik at de retter seg til tjenesteytende virksomheter, fremkommer det ikke hvor viktige premisser departementet og departementets beredskapsarbeid legger for tjenestenes beredskapsplanlegging. Sentrale helsemyndigheter er heller ikke pliktsubjekter etter loven eller forskriften.

Departementet har derfor vurdert om departementets rolle i beredskapsplanarbeidet kan tydeliggjøres i loven og forskriften, se for eksempel departementets grunnleggende plikter etter samfunnssikkerhetsinstruksen del IV og V.

Departementet har imidlertid kommet til at det ikke vil være hensiktsmessig å lovfeste og presisere departementets rolle i beredskapsarbeidet eller beredskapsplanarbeidet.

Samfunnssikkerhetsinstruksen presiserer kravene til departementenes arbeid med samfunnssikkerhet, og formålet med instruksen er å styrke samfunnets evne til å forebygge kriser og til å håndtere alvorlige hendelser gjennom et helhetlig og koordinert arbeid med samfunnssikkerhet. Det er ikke omdiskutert at helse- og omsorgsministeren har det konstitusjonelle ansvaret etter helseberedskapsloven. Det er ikke behov for å

presisere dette i helseberedskapsloven. Det enkelte departements konkrete forpliktelser etter samfunnssikkerhetsinstruksen er også av en slik art at de vanskelig vil egne seg for inkorporering i helseberedskapsloven. Departementets ansvar for helseberedskapen er ytterligere beskrevet og konkretisert gjennom Nasjonal helseberedskapsplan.

Departementet vil som overordnet etat også kunne delegere myndighet og instruere underliggende etater i en beredskapssituasjon. Dette fremstår som en mer hensiktsmessig måte å styre beredskapsarbeidet på enn ved at det på forhånd fastsettes bestemmelser om dette i lov.

Etter departementets vurdering synes reguleringen i loven § 2-2 i all hovedsak å ivareta det som bør fremgå på lovs nivå. Virksomhetene som omfattes av bestemmelsen pålegges en tydelig plikt til å utarbeide beredskapsplaner, samt også plikt til samordning av beredskapsplaner mot annet planverk i egen virksomhet og andre virksomheter.

Ytterligere detaljering og presisering av regelverket på dette området bør primært skje gjennom forskrifter, og da først og fremst helseberedskapsforskriften gitt med hjemmel i helseberedskapsloven § 2-2 fjerde og femte ledd. Departementet har i dette høringsnotatet ikke utredet behov for endringer i denne forskriften, men vil komme tilbake til dette på et senere tidspunkt. Forslag til eventuelle forskriftsendringer vil i så fall bli sendt på ordinær høring.

Departementet viser også til at nærmere konkretisering av hva de forpliktelsene som følger av lov og forskrift innebærer i praksis i hovedsak bør skje gjennom virksomhetenes arbeid med planlegging, øving og utarbeidelse av beredskapsplanverk, herunder samordning mot annet planverk i egen virksomhet eller andre berørte virksomheter. Departementet mener det ikke vil være naturlig med ytterligere regulering eller presisering av dette i lov.

I forlengelsen av ovenstående har departementet også vurdert om andre virksomheter underlagt Helse- og omsorgsdepartementet med oppgaver av betydning for helseberedskap, kan tydeliggjøres i loven og forskriften. Relevante etater kunne i så fall være statsforvalterne, Norsk Helsenett, Direktoratet for medisinske produkter, Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet. Departementet har imidlertid kommet til at det ikke vil være hensiktsmessig å lovfeste særskilt at andre virksomheter underlagt Helse- og omsorgsdepartementet med oppgaver av betydning for helseberedskap, skal være omfattet av loven, jf. særlig loven § 1-3 første ledd bokstav a om at loven gjelder for «den offentlige helse- og omsorgstjeneste». Slik departementet ser det, bør lov og forskrift videreføres som et regelverk som primært retter seg mot de virksomhetene og det personellet som har utøvende oppgaver i form av å yte eller sørge for at det ytes helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester til befolkningen under krise, katastrofe og krig.

Departementet mener også at en kasuistisk opplisting av hvilke virksomheter underlagt Helse- og omsorgsdepartementet med oppgaver av betydning for helseberedskap som skal være omfattet av loven, kunne være uheldig. I § 1-3 første ledd bokstav a inkluderes som nevnt «den offentlige helse- og omsorgstjeneste». Den offentlige helse- og omsorgstjenesten omfatter alle helse- og omsorgstjenester som det offentlige yter. Dette omfatter blant annet kommunes tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, de

regionale helseforetakenes tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunen har ansvar for etter tannhelsetjenesteloven.

Selv om for eksempel Norsk helsenett SF ikke yter offentlige helse- og omsorgstjenester direkte til befolkningen, mener departementet at foretaket må ansees å falle innenfor lovens begrep «den offentlige helse- og omsorgstjeneste». Norsk Helsenett SF skal ifølge stiftelsesdokumentet fra 1. juli 2009 innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren, og legge til rette for og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling. Norsk Helsenett SF leverer altså tjenester som danner grunnlaget for den offentlige helse- og omsorgstjenesten og er således en sentral premissleverandør. Sett i lys av helseberedskapslovens formål, som er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, mener derfor departementet at Norsk Helsenett SF må anses å være omfattet av helseberedskapsloven § 1-3 første ledd bokstav a. Fremfor konkret opplisting i loven, bør det fortsatt bero på en konkret vurdering om en virksomhet underlagt Helse- og omsorgsdepartementet inngår i begrepet «den offentlige helse- og omsorgstjeneste».

Med henvisning til det ovenstående, foreslår departementet helseberedskapsloven § 2-2 om planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid videreføres uten endringer som § 2-2 i forslag til ny lov.

Med samme begrunnelse som over ser departementet heller ikke grunn til å foreslå endringer i tjenestelovenes særskilte regulering av krav til planlegging, beredskapsforberedelse og beredskapsarbeid.

14.3.2.2 Om endringer i helseberedskapsforskriften

Helseberedskapsforskriften utdyper og presiserer de kravene til virksomhetene som fremgår av helseberedskapsloven §§ 2-2, 4-2 og 6-2.

Departementet vil komme tilbake til behov for endringer i denne forskriften på et senere tidspunkt. Ved en eventuell revisjon kan det blant annet være aktuelt å vurdere om det er behov for å samordne forskriften bedre med andre forskrifter som regulerer beredskapsplikt på sivil side. Det kan videre være aktuelt å vurdere om forskriften bør styrke kravene om samvirke mellom nivåene i helse- og omsorgssektoren og med andre aktører som har ansvar i beredskapen. Det kan i så fall også være aktuelt å vurdere om man i større grad bør beskrive hendelsestyper og scenarier det skal planlegges for, og om det er behov for å tydeliggjøre ansvaret for å sikre kontinuitet i tjenesteytelsen.

Det bør også vurderes om det er behov for endringer i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring for å sikre en tydeligere ledelsesforankring av arbeid med sikkerhet og beredskapsplanlegging. Forslag til eventuelle forskriftsendringer vil i så fall bli sendt på ordinær høring.

14.4 Plikt til varsling og rapportering

14.4.1 Gjeldende rett

I helseberedskapsloven § 2-3 er det gitt regler om plikt til varsling og rapportering. Varslingsplikten suppleres av en rekke andre varslingsplikter innad i helse- og omsorgstjenesten i for eksempel forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) og forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften).

Ifølge helseberedskapsloven § 2-3 første ledd første punktum er virksomheter omfattet av loven pålagt en plikt til å varsle om forhold innen helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten som kan gi grunnlag for tiltak etter helseberedskapsloven. Formålet med varslingsplikten er at sentrale myndigheter skal ha tilstrekkelig grunnlag til å vurdere situasjonen og om det er nødvendig å ta i bruk de tiltakene som loven åpner for.

Bakgrunnen for bestemmelsen er at kriser og katastrofer i fredstid ofte starter lokalt. Krisen må også primært håndteres lokalt. Sentrale myndigheter må få nødvendig og pålitelig informasjon om situasjonen lokalt for at de skal kunne vurdere behovet for støttende tiltak, herunder bestemme om fullmaktsbestemmelsene skal gjelde. Et helseforetak må for eksempel varsle departementet om naturkatastrofer, terrorhandlinger og masseskadesituasjoner av et visst omfang, dersom det vurderes slik at det kan være behov for å anvende lovens fullmaktsbestemmelser for å klare å håndtere krisen og dennes følger. I situasjoner hvor det over noe tid er svært stor pågang av pasienter med omfattende behov for nødvendig eller øyeblikkelig helsehjelp, kan det for eksempel måtte vurderes om anvendelse av lovens fullmaktsbestemmelse om tjenesteplikt og beordring er nødvendig for å kunne tilby nødvendig helsehjelp.

I slike situasjoner kan det ikke antas at statsforvalternes tilsynsfunksjon eller andre eksisterende meldings- og rapporteringsrutiner alltid vil være tilstrekkelig. Tidsfaktoren vil ofte spille en avgjørende rolle for en effektiv krisehåndtering. Relevante myndigheter må derfor så snart som mulig gjøres kjent med situasjoner som har inntrådt eller som er i ferd med å inntre, og som kan føre til at det er aktuelt å anvende fullmaktsbestemmelsene.

Etter § 2-3 første ledd andre punktum skal varslet gis til departementet eller den myndighet departementet bestemmer. Avhengig av hvilke sektorer som særlig er påvirket av situasjonen, kan det være aktuelt for departementet å bestemme at varslet først skal sendes til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for medisinske produkter eller Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. Inntil slike bestemmelser er gitt, skal varslet gis direkte til departementet.

Departementet har i § 2-3 andre ledd første punktum hjemmel til å pålegge virksomheter som er omfattet av loven en plikt til å rapportere om forhold av betydning for helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten. Etter at sentrale myndigheter har mottatt varsel etter bestemmelsens første ledd, kan det være behov for supplerende opplysninger. Det vil ofte være behov for informasjon som går ut over det som det direkte er varslet om eller

det som er direkte tilgjengelig i ordinære meldings- og rapporteringssystemer. Videre vil det under selve krisehåndteringen ofte være behov for kontinuerlig informasjon. Dette kan være nødvendig for å tilpasse tiltakene etter situasjonen og for å evaluere igangsatte tiltak. Det vil normalt også være nødvendig med særskilt informasjon for å ta stilling til om fullmaktsbestemmelsene i helseberedskapsloven skal kunne anvendes og når det ikke lenger er behov for å kunne anvende fullmaktsbestemmelsene.

Etter bestemmelsens andre ledd andre punktum kan departementet gi nærmere bestemmelser om rapporteringsplikten, for eksempel om innholdet i rapporteringsplikten, mal for rapportene, hvilke prosedyrer en skal følge og hvem rapporteringen skal gå til. Ved håndtering av alvorlige kriser eller katastrofer vil det være viktig for departementet å motta sammenfattet og koordinert informasjonen.

14.4.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet mener at reguleringen i loven § 2-3 om varsel og rapportering i all hovedsak ivaretar det som bør fremgå på lovs nivå. Virksomhetene som omfattes av bestemmelsen pålegges en tydelig plikt til å varsle om forhold innen helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten som kan gi grunnlag for tiltak etter helseberedskapsloven. Videre kan departementet ved enkeltvedtak eller forskrift pålegge virksomheter som omfattes av loven rapportering om forhold av betydning for helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten.

Etter en helhetlig vurdering foreslår derfor departementet at helseberedskapsloven § 2-3 videreføres uten endringer som § 2-3 i forslag til ny lov.

I likhet med det som er uttalt om helseberedskapsloven § 2-2, mener departementet at ytterligere detaljering og presisering av pliktene etter loven § 2-3 eventuelt bør skje gjennom forskrifter, og da først og fremst helseberedskapsforskriften. Departementet vil komme tilbake til behovet for endringer i forskriften på et senere tidspunkt.

Ved en eventuell revisjon av helseberedskapsforskriften kan det blant annet være aktuelt å vurdere om forskriften bør presisere i hvilken grad varslingsplikten bør gjelde varsling til og fra virksomheter med oppgaver, ansvar og virkemidler lavere i krisespekteret eller om den kun bør gjelde i situasjoner hvor det er grunn til å tro at det kan være behov for å anvende helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser. Det kan også være aktuelt å vurdere om forskriften bør inneholde bestemmelser om underordnede organers plikt til å varsle andre etater som har ansvar eller oppgaver i krisehåndtering, for eksempel statsforvalter, Direktoratet for medisinske produkter eller Helsedirektoratet.

Det kan være aktuelt å vurdere om forskriften bør inneholde bestemmelser om informasjonsdeling til og fra virksomheter og etater innad i helse- og omsorgssektoren og også informasjonsdeling med andre sektorer. Forslag til eventuelle forskriftsendringer vil i så fall bli sendt på ordinær høring.

14.5 Forsyningssikkerhet og beredskapslagre

14.5.1 Innledning

Norge er et lite land med en åpen økonomi og avhengighet av tilgang til globale markeder for import og eksport. Som påpekt i Meld. St. 5 (2023-2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – fra pandemi til krig i Europa* punkt 4.3, gjør dette Norge sårbar:

«Manglende oversikt over verdikjedene, lange produksjons- og forsyningslinjer og få alternative leverandører gjør spesielt små land sårbare. Større kriser er ofte grenseoverskridende. Naturkatastrofer, epidemier, krig og konflikter, eller plutselige endringer i medisinske behov, kan gi store utslag i både tilbud og etterspørsel av legemidler og medisinsk utstyr, samt påvirke transport og distribusjon. Da settes vanlige markedsmekanismer ut av spill, og små markeder uten store alliansepartnere er særlig utsatt. Under pandemien tok store land, som India og USA, i bruk eksportrestriksjoner. Dette stoppet leveranser til Europa.»

Helseberedskapen er avhengig av en rekke innsatsfaktorer. Tilgangen til legemidler og medisinsk utstyr er avgjørende for å kunne yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I helseberedskapsmeldingen vises det til at det finnes omtrent 3 000 godkjente virkestoffer til legemidler i verden, og at antallet øker. I overkant av 500 000 produkttyper omfattes av definisjonen av medisinsk utstyr. Egenarten ved disse produktene, markedene og verdikjedene er svært komplekse. Sårbarhetene og avhengighetene for tilgangen til slike produkter står derfor i en særstilling.

En robust organisering av forsyningssikkerheten er nødvendig for god beredskap. Regjeringen har derfor blant annet fra 1. januar 2024 opprettet Direktoratet for medisinske produkter. Direktoratet er gitt et overordnet helhetlig ansvar for å overvåke hele verdikjeden for legemidler og medisinsk utstyr. I meldingen påpekes det at ved å samle ansvaret for overvåkning av markedsaktører og markedsregulering for legemidler og medisinsk utstyr sammen med beredskap og forsyningssikkerhet, sikres en helhet som styrker helseberedskapen.

I helseberedskapsmeldingen understrekes at tilgangen til legemidler og medisinsk utstyr må hvile på en balanse mellom nasjonale og internasjonale tiltak:

«Viktige nasjonale tiltak gjøres gjennom bruk av regulatoriske virkemidler. Dette kan sikre at legemidler og medisinsk utstyr forblir i landet, eller at utlevering fra apotek og grossist kan rasjoneres og prioriteres. Videre er det behov for et godt planverk som sikrer sammenheng mellom nasjonale og europeiske fellestiltak.»

Nasjonale lagre for legemidler og smittevernutstyr er viktig for å understøtte forsyningssikkerheten, særlig i den innledende fasen av en helsekrise. Slik beredskap må være på plass før krisen inntreffer. Beredskapen må kunne tilpasses situasjoner med både langvarig forsyningssvikt og etterspørselssjokk, også på bakgrunn av hendelser utenfor Norges grenser. Mangel på legemidler og medisinsk utstyr skyldes i stor grad forhold utenfor norske myndigheters kontroll. Mangelen kan være forsyningssvikt forårsaket av råvaremangel, produksjonsproblemer og kompliserte omsetningsstrukturer i det globale legemiddelmarkedet. Stadig hyppigere leveringsvansker også i normalsituasjoner

underbygger behovet for beredskapslagre av kritiske legemidler, medisinsk forbruksmateriell og utstyr

14.5.2 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven skal sørge for at helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten har de fullmakter som trengs for å verne befolkningens liv og helse under kriser og krig.

Av *helseberedskapsforskriften* § 8 fremgår at virksomheter som omfattes av loven skal sørge for å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler. I forbindelse med koronapandemien ble Helsedirektoratet og Legemiddelverket gjennom forskrift gitt midlertidig hjemmel til å fatte nødvendige rasjonerings- og prioriteringsvedtak, samt regulere parallelleksport for å trygge legemiddeltilgang i Norge, jf. nå opphevet midlertidig forskrift 26. november 2021 nr. 3308 om tiltak for å ivareta tilgangen til legemidler, medisinsk utstyr og personlig verneutstyr under covid-19. I tillegg fikk Legemiddelverket innsyn i grossistenes og apotekenes lagerbeholdning. Forskriften ble opphevet i mai 2023.

I tråd med forslag i Prop. 100 L (2023–2024) *Endringer i legemiddeloven og apotekloven (styrket legemiddelberedskap m.m.)* vedtok Stortinget 11. juni 2024 en rekke endringer i legemiddeloven og apotekloven for å kunne innføre tiltak som skal bidra til å styrke legemiddelberedskapen og legemiddeltilgangen i Norge utenfor kriser og katastrofer, jf. Innst. 373 L (2023-2024) og Lovvedtak 73 (2023-2024). Bestemmelsene grenser derfor opp mot helseberedskapslovens bestemmelser.

De nye bestemmelsene gir hjemmelsgrunnlag for å kunne iverksette ulike tiltak når det er fare for tilgangen til legemidler i Norge. Dette omfatter å kunne pålegge apotek og grossister restriksjoner ved utlevering og salg av legemidler, og å gi grossistene og apotekene plikt til å gi departementet elektronisk tilgang til lagerstatus, jf. legemiddeloven § 14 og § 18 a. I tillegg gis det hjemmel til å kunne ilegge overtredelsesgebyr og tvangsmulkt ved brudd på flere av handlingsnormene som omfattes av loven, jf. legemiddeloven § 28 femte ledd og § 28 a andre ledd. Endringene bidrar til styrket legemiddelberedskap og ivaretar hensynet til folkehelsen og pasientsikkerheten.

Det ble også vedtatt endringer i legemiddeloven knyttet til grossistvirksomhet med legemidler, herunder hjemmelsgrunnlag for at myndighetene kan fastsette grossistavanse for legemidler som anskaffes av spesialisthelsetjenesten, jf. § 6 fjerde ledd. Hjemmelen kan benyttes om det skulle oppstå en situasjon hvor helseforetakene ikke oppnår avtaler med grossistene om avanse for blant annet distribusjon av h-reseptlegemidler, eller hvor de mottatte tilbudene er høye sammenlignet med det nåværende avtalebaserte nivået. Det er også vedtatt endringer i legemiddelovens bestemmelser om grossistenes direkteleveranser til profesjonelle sluttbrukere, og om hvem som kan selge legemidler til ikke medisinsk bruk, jf. § 15 tredje ledd.

Departementet kan med hjemmel i helseberedskapsloven § 2-2 fastsette forskrift om at apotek, grossister og tilvirkere av legemidler skal ha plikt til å utarbeide beredskapsplan for virksomheten. Bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr kan ikke

pålegges å utarbeide beredskapsplan, men de kan med hjemmel i helseberedskapsloven § 5-2 pålegges å legge om driften, utvide driften, flytte virksomheten, innføre restriksjoner på omsetningen og rasjonere sine varer.

Forskrift om legemiddelgrossister § 5 bestemmer at grossister som distribuerer legemidler til apotek, plikter å beredskapssikre et ekstra lager av legemidler omfattet av liste vedlagt forskriften. Beredskapslageret skal omfatte tre eller seks måneders ordinær omsetning av legemidlene. Apotekene har ingen lovbestemt plikt til å ha et beredskapslager av legemidler.

De regionale helseforetakene har en grossistavtale for levering av legemidler som inkluderer et rullerende lager av nærmere definerte legemidler. Helsedirektoratet inngikk under koronapandemien avtaler med grossistene om utvidet lagring av bestemte legemidler til bruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Legemidler til bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste er regulert i anbudsavtaler med apotekkjedene. Kommunene har ikke legemiddellagre for de legemidler som foreskrives av fastlegene på resept. Disse behovene dekkes av beredskapslager hjemlet i grossistforskriften og Helsedirektoratets beredskapsavtale for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Forskrift om legemiddelgrossister § 5 a pålegger legemiddelgrossister omfattet av beredskapsplikten en rapporteringsplikt til Helsedirektoratet.

helseberedskapsforskriften § 8 a trer i kraft 1. januar 2026 og pålegger kommuner, fylkeskommuner og regionalt helseforetak plikt til å sørge for lagring av tre måneders normalforbruk av personlig verneutstyr. Plikten gjelder hansker, munnbind, åndedrettsvern, smittefrakk eller heldekkende drakt, samt briller eller visir. Lagrene for normalforbruk er ment som en førstelinjeberedskap inntil leveranser fra det nasjonale beredskapslageret for pandemisituasjoner kan nå ut. Se omtale i punkt 14.1.3.

En forskriftsfestet plikt for kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak til å sørge for lagring av smittevernutstyr må sees i sammenheng med etablering av nasjonalt beredskapslager. Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt de regionale helseforetakene å ta ansvar for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr med utgangspunkt i lageret som er etablert under koronapandemien, jf. foretaksmøte 11. oktober 2021. Lageret av smittevernutstyr har et volum tilsvarende seks måneders forbruk, gitt forutsetningene om smittespredning osv. i covid-19-pandemien.

14.5.3 Departementets vurdering og forslag

Som redegjort for i punkt 14.5.2, er det etablert ordninger knyttet til forsyningssikkerhet og beredskapslagre for legemidler og personlig verneutstyr. Det er også nylig vedtatt endringer i legemiddeloven og apotekloven for å styrke legemiddelberedskapen og legemiddeltilgangen i Norge. Endringene i legemiddeloven og apotekloven skal gjøre det mulig å innføre tiltak ved kriser og katastrofer som ikke nødvendigvis er av et slikt omfang at de omfattes av helseberedskapsloven, men vil også bidra til styrket legemiddelberedskap ved kriser, katastrofer og krig omfattet av loven.

Departementet viser også til høringsnotatets punkter 11.4.2.10 og 18.4.4.2, hvor det er redegjort for de endringene i helseberedskapsloven som ble vedtatt i tråd med forslag i Prop. 127 (2022–2023) *Endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven (isolering og smittekarantene m.m.)*. Etter disse endringene i helseberedskapsloven § 1-3 første ledd bokstav h og bokstav i, § 5-2 og § 5-3 er det nå innført permanent regulering som gjør det mulig å innføre omsetningsrestriksjoner og rasjonering, samt også pålegge forberedende tiltak, overfor «apotek, grossister og tilvirkere av legemidler» og «bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr».

På bakgrunn av dette mener departementet at det nå ikke er grunn til å foreslå ytterligere endringer i helseberedskapslovens eller helseberedskapsforskriftens bestemmelser om krav til forsyningssikkerhet og beredskapslagre.

14.6 Oversikt over personell

14.6.1 Innledning

Norge er blant de landene i Europa som har den høyeste ressursbruken i helse- og omsorgstjenesten. De seneste årene har det også i Norge blitt et merkbart større press på tilgangen til personell i helse- og omsorgstjenesten.

For å kunne håndtere helsekriser er det avgjørende å ha tilgang på nok personell med rett kompetanse og mulighet for å kunne mobilisere reservepersonell ved behov. Både kommunene og regionale helseforetak må derfor ha oversikt over tilgjengelig personell.

14.6.2 Gjeldende rett

Regionale helseforetak og kommunene har ansvar for å sørge for at befolkningen kan motta helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester også i krisesituasjoner, og plikter å ha planer for dette. Denne plikten er lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2, spesialisthelsetjenesten § 2-1 b, sosialtjenesteloven § 16 og helseberedskapsloven §§ 2-2 og 4-2. Planplikten er utdypet i helseberedskapsforskriften.

Utgangspunktet for beredskapsplanen skal etter helseberedskapsforskriften § 3 være en risiko- og sårbarhetsanalyse som tar utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens ansvarsområde, lokale forutsetninger og ressurser og behov.

Beredskapsplanene skal etter forskriften § 4 blant annet omfatte prosedyrer for ressursdisponering ved hendelser som reduserer tjenestens evne, eller som innebærer en ekstraordinær belastning som kan kreve omstilling av ordinær drift for å øke kapasiteten. Virksomheten skal ha oversikt over personell som kan beordres etter helseberedskapsloven § 4-1, inkludert personell som er mobiliseringsdisponert i Forsvaret og i Sivilforsvaret. Virksomheten skal også sørge for å ha nødvendig personell til disposisjon i tilfelle krise, katastrofe og krig etter forskriften § 9. Videre skal virksomheten sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse, jf. forskriften § 7. Virksomhetene skal også samordne sine beredskapsplaner, jf. forskriften § 6.

14.6.3 Omtale i Helseberedskapsmeldingen mv.

Viktigheten av tilgang til personell ved beredskapssituasjoner er understreket flere steder i Helseberedskapsmeldingen. I punkt 3.1 uttales følgende:

«En velfungerende helseberedskap forutsetter tilgang til tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, organisatorisk fleksibilitet, prioriteringer og omstilling, god samhandling på tvers av tjenestenivåer og mulighet for å mobilisere reservepersonell. Helse- og omsorgstjenestene skal legge til rette for gode helse- og omsorgstjenester i alle deler av krisespekteret, og er avgjørende for samfunnets samlede motstandsdyktighet. Helse- og omsorgstjenestene skal i ytterste konsekvens kunne møte en krigssituasjon. Det vil kreve ekstraordinær innsats og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.»

Videre uttales det for spesialisthelsetjenesten blant annet:

«For spesialisthelsetjenesten er det avgjørende å ha beredskapsplaner som dekker ulike scenarioer og som oppdateres regelmessig. [...] Beredskapsplanene må inkludere systemer for fleksibilitet for ulike scenarioer knyttet til blant annet behov for omdisponering og økning av antall senger, personell og arealer, fleksibel bruk av personell, kompetanse og arealer, samt medisinske mottiltak, hjemmeoppfølging og samarbeid på tvers mellom helseforetak og helseregioner.»

De seneste årenes utvikling med et merkbart større press på tilgangen til personell i helse- og omsorgssektoren vil trolig forsterke seg i tiden som kommer, og det vil bli enda viktigere at man kan bruke tilgjengelig personell på en mest mulig hensiktsmessig og effektiv måte. Dette diskuteres i Helseberedskapsmeldingen, hvor det blant annet uttales:

«Spesialisthelsetjenesten skal ha etablerte og kjente planer for disponering og omdisponering av eget personell både internt i egen virksomhet, mellom helseforetak i samme region og mellom de regionale helseforetakene. [...] Høyspesialisert personell er en knapphetsressurs. De regionale helseforetakene har selv ansvar for å vurdere hvordan disse ressursene best kan disponeres. Likevel må planverket ta høyde for nødvendig fleksibilitet og omstilling for bruk av tilgjengelige ressurser, og de ansatte må være kjent med planverket.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har i utgangspunktet ikke de samme strukturene for samordning av personellressursene som spesialisthelsetjenesten. Likevel har kommunene gjennom regelverk mulighet for å omdisponere eget personell innenfor egen virksomhet. En slik omdisponering som legger til rette for fleksibilitet må være del av planverket i kommunen, og de ansatte må være kjent med planverket. [...].

Både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene må øve regelmessig og systematisk slik at personellet får den kompetansen de trenger for å utøve nødvendig fleksibilitet i beredskapssituasjoner. Arbeidsgiver må ha oversikt over kompetansesammensetningen hos de ansatte og legge til rette for kompetansetiltak og opplæringsprogrammer som er rettet mot slike situasjoner.»

Om viktigheten av tilrettelegging for økt organisatorisk fleksibilitet og oppgavedeling, påpekes det blant annet at spesialisthelsetjenester er kompetansekreven og at nødvendig fleksibilitet innenfor fagområder som fordrer svært spesialisert kompetanse krever jevnlig øving. Det påpekes videre at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å igangsette regionalt strukturerte arbeider for å fremme riktig oppgavedeling mellom personell og effektiv organisering ved å vurdere og systematisere kompetansebehovet i ulike

arbeidsprosesser. Det presiseres videre at kompetansekartlegging og oversikt over personell som yter tjenester innenfor rammene av helse- og omsorgssektoren vil være en forutsetning for et planverk med nødvendig fleksibilitet.

Erfaringene fra pandemien viser at helse- og omsorgstjenestene bør ha en større grad av forutsigbarhet rundt hvordan reservepersonell kan tilgjengeliggjøres. I meldingen uttales det:

«Regjeringen vil vurdere hvordan det kan legges til rette for effektiv mobilisering av personellressurser og reservepersonell med helsefaglig kompetanse som ikke har et ansettelsesforhold eller annen formell tilknytning til helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil blant annet utforme en modell som innebærer innhenting og bruk av opplysninger fra relevante virksomheter, eksisterende registre eller andre kilder for å fremskaffe oversikt over:

- Helsepersonell som tidligere har arbeidet i helse- og omsorgstjenesten, for eksempel pensjonister eller personell som nå arbeider utenfor tjenesten.
- Helsepersonell som ikke har arbeidet i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, men som har helsefaglig utdanning og erfaring fra utlandet eller privat sektor.»

Også Totalberedskapskommisjonen har i sin utredning belyst disse problemstillingene, jf. redegjørelsen i høringsnotatet punkt 4.11.

14.6.4 Oversikt over relevante ordninger for oversikt over personell og for mobilisering av personell

14.6.4.1 *Ordninger etablert i forbindelse med pandemien som ikke er videreført*

Nasjonalhelsepersonell.no var et register hvor helsepersonell kunne melde seg som tilgjengelig reservepersonell. Kommuner og helseforetak måtte selv stå for arbeid knyttet til rekruttering av personell fra registeret. Registeret ble opprettet i mars 2020 og slettet desember 2022. Det var ca. 10 000 registrerte i registeret, hvorav halvparten med autorisasjon som helsepersonell.

Et bemanningsselskap bidro til å kvalitetssikre et utvalg personell med ulike kompetansebakgrunn, omtalt som *nasjonalt innsatspersonell*. Personell som ønsket å være registrert, ble intervjuet og måtte gjennomføre teoretisk opplæring i smittevern, smittesporing og digitale systemer. Kommuner og helseforetak fikk forelagt aktuelt personell fra bemanningsselskapet, men måtte selv stå for rekrutteringsarbeidet som fulgte. Ordningen eksisterte fra desember 2020 til 1. juli 2022. Ca. 130 personer var registrert i denne ordningen.

Siste-års helsefagstudenter som hadde meldt ønske om å bidra i vaksineringsarbeidet, ble rekruttert av et bemanningsselskap som bisto med utplassering av studentene i kommuner som meldte behov. Alle kostnader knyttet til utplasseringen ble dekket av Helsedirektoratet. Ordningen varte fra 21. desember 2021 til 29. januar 2022. Ca. 1100 studenter meldte seg til ordningen.

I desember 2021 og januar 2022 støttet *Forsvaret* kommuner over hele landet som ba om bistand i vaksineringsarbeidet mot covid-19. Alle kostnader ble dekket av staten. 13 team fra Forsvaret ble satt til disposisjon og hvert team bestod av 10-20 personer. Teamene satte om lag 64000 vaksinedoser på vegne av de kommunene som de bistod. Forsvaret har ved enkelte kriser i utlandet sendt team med helsepersonell for å støtte innsatsen og yte bistand til norske borgere. Dette er ansatte i Forsvaret eller personer som jobber i helse- og omsorgstjenesten og har avtale med Forsvaret.

14.6.4.2 *Eksisterende ordninger*

Norwegian Emergency Medical Teams (NOR-EMT) er norske helseteam som kan sendes til utlandet for å bistå ved kriser og katastrofer. Teamet består av leger, sykepleiere og teknisk personell. Personellet hentes ut fra ordinært arbeid i helse- og omsorgstjenesten (primært spesialisthelsetjenesten), men kan også inneholde personell fra andre sektorer, blant annet politiet og Folkehelseinstituttet. Personellet er forhåndsutpekt og trent, i tillegg til at teamet har utstyr og medikamenter for å være selvforsynt i inntil seks uker.

Hvert regionalt helseforetak skal ha planverk for å etablere to *nasjonale helseteam* hver (fire team i Helse Sør-Øst) som skal kunne være reiseklare innen 24 timer. «Rutiner og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam til innsats ved kriser i utlandet» fra 2008, beskriver forventninger til de regionale helseforetakene. Hvert av teamene skal kunne bestå av seks til ti medlemmer. Antallet medlemmer og faglig sammensetning av teamet avklares i samråd med Helsedirektoratet og aktuelle regionale helseforetak og helseforetak i hvert enkelt tilfelle, avhengig av oppdragets art, behov for kompetanse og ressurser og tilgjengelighet. Rutinen kan ved behov også benyttes for etablering og utsending av helseteam som forsterkningsressurs ved kriser i Norge, men vil være mest egnet til å bistå i situasjoner hvor helseteamene kan være en førstelinjetjeneste. Teamene ble til en viss grad benyttet under koronapandemien.

Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyriskosmitte (NMUH) er et spesialtrenet medisinsk utrykningsteam for høyriskosmitte som koordineres av CBRNE-senteret. Teamet består av leger, sykepleiere og ambulansepersonell, og har som oppgave å bringe pasienter med høyriskosmitte fra alle landets sykehus til OUS, med ambulanse eller fly.

Forsvaret og de regionale helseforetakene samarbeider om en *ny modell for disponering av helsefaglig personell i fred, krise, krig og internasjonal innsats*. Forsvaret har et definert behov for helsepersonell i alle faser fra fred gjennom krise til krig. Samtidig er både Forsvaret og samfunnet avhengig av at den sivile helse- og omsorgstjenesten kan opprettholde sitt tjenestetilbud i kriser, og derfor ikke tappes for kritisk kompetanse.

I Prop. 87 S (2023-2023) *Forsvarsløftet – for Norges trygghet Langtidsplan for forsvarssektoren 2025-2036*, uttales det blant annet på side 77 at regjeringen vil:

«styrke Forsvarets sanitets- og veterinærtjenester gjennom et tett samarbeid med det sivile helsevesenet. Sanitetspersonell med kompetanse innenfor spesialiserte funksjoner må derfor planlegges i en helhetlig samfunnsmessig ramme, slik at oppsetning av Forsvarets avdelinger ikke fører til mangler i det sivile helsevesenet.»

Dette følges opp som en del av et samarbeid de regionale helseforetakene har med Forsvaret om beredskapsplaner for å håndtere masseskader i krig. Samarbeidet omfatter avstemming av forventninger og planforutsetninger, analyser og identifisering av forbedringsbehov. Samarbeidet startet med en pilot i Helse Nord RHF i 2021, og er senere utvidet til alle helseregionene. Som del av piloten har Helse Nord RHF inngått avtale med Forsvarets personell- og vernepliktsenter (FPVS) om «Ny modell for disponering av helsefaglig personell i fred, krise, krig og internasjonal innsats». Forsvaret har oversendt de regionale helseforetakene oversikt over personell i spesialisthelsetjenesten som er styrkedisponert av Forsvaret, og dermed vil bli innkalt ved behov. Helse Nord RHF har, i tråd med avtalen med FPVS, gjennomgått oversikten og meldt status for personellet tilbake til FPVS. Dette inkluderer blant annet vurdering av kompetanseprofil for personell og tilhørende militær styrkedisponert funksjon, samt hvilket personell som har en kritisk funksjon ved sin sivile arbeidsplass. Helse Nord RHF og FPVS samarbeider om å utvikle ordningen videre. Formålet er å etablere et system for styrkedisponering av helsefaglig personell fra spesialisthelsetjenesten til Forsvaret, som på en best mulig måte både ivaretar Forsvarets og spesialisthelsetjenestens behov i et totalforsvarsperspektiv i fred, krise og væpnet konflikt.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet bistår tjenestene. Folkehelseinstituttet har en feltepidemiologisk gruppe som kan bistå særlig kommuner, men også sykehus, ved etterforskning av utbrudd av smittsomme sykdommer uansett om de skyldes uhell, overlagt spredning eller har naturlig årsak. Gruppen kan også gi assistanse utenlands etter anmodning fra WHO og EU. Helsedirektoratet er et nasjonalt myndighetsorgan som skal bidra til at samvirke blir ivaretatt i helse- og omsorgsektoren og overfor andre sektorer. Direktoratet gir retningslinjer og veiledning til kommunene via statsforvalter.

Helsepersonellregisteret er gir oversikt over personer som har autorisasjon eller lisens som helsepersonell, og som dermed kan praktisere som helsepersonell i Norge. Registeret gir også opplysning om offentlig spesialistgodkjenning for leger, tannleger og optikere. Kompetanse som følge av profesjonsintern spesialisering eller videreutdanning, for eksempel intensivsykepleie, anestesisykepleie, operasjonssykepleie, fremgår ikke av registeret. Registeret eies av Helsedirektoratet, som sammen med Statens helsetilsyn oppdaterer det. Registeret driftes av Norsk helsenett SF.

14.6.5 Departementets vurdering og forslag

14.6.5.1 *Mobilisering av reservepersonell – spørsmål om etablering av egne personellregistre*

Virksomhetene skal ha oversikt over personell som kan beordres etter helseberedskapsloven § 4-1. Beordringspliktig personell er for det første personell som tjenestegjør i virksomheter loven omfatter. For det andre omfattes også personell som har tjenestegjort i slike virksomheter og særskilt kvalifisert personell, forutsatt at departementet i forskrift har bestemt at også disse skal omfattes av loven.

Når det gjelder personell som tjenestegjør i virksomheter omfattet av loven, legger departementet til grunn at virksomhetene selv har løpende og oppdatert oversikt over slikt personell og hvilken kompetanse de besitter.

Departementet har vurdert om det er behov for endringer eller andre tiltak for personell som har tjenestegjort i virksomheter omfattet av loven og særskilt kvalifisert personell (reservepersonell). I denne sammenheng omfatter det blant annet studenter i helsefag, helsepersonell som ikke jobber i den offentlige helse- og omsorgstjenesten og pensjonert helsepersonell. Mobilisering av disse gruppene, bruk av medhjelpere og av mannskap fra frivillige organisasjoner kan bidra til å ivareta og styrke tilgangen til personell med og uten helsefaglig kompetanse i beredskapssituasjoner.

I tildelingsbrevet for 2022, TB2022-48 – Permanente beredskapsordninger for helsepersonell, ble Helsedirektoratet gitt følgende oppdrag:

«Med basis i erfaringene fra pandemien skal Helsedirektoratet evaluere bruken av midlertidige registre over helsepersonell i beredskap. Helsedirektoratet skal også utrede om det kan utvikles ordninger som kan bidra til å mobilisere personellressurser raskt til helse- og omsorgstjenesten. Utredningen skal bla. omfatte bruk av studenter i helsefag, pensjonister og annet helsepersonell som ikke arbeider i helse- og omsorgstjenestene. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.»

Helsedirektoratet har i sitt oppdragssvar 7. februar 2023 oppsummert læringspunkter fra evaluering av de midlertidige nasjonale personellregistrene opprettet under koronapandemien og også gitt anbefalinger om videre arbeid med permanente ordninger for å raskt kunne mobilisere personellressurser til helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av dette anbefalte direktoratet ikke etablering av nye, permanente nasjonale registre med slikt formål. Direktoratets oppdragssvar er publisert på regjeringen.no sammen med dette høringsnotatet.

Direktoratet viste til at slike registre vil ha administrative og økonomiske kostnader ved etablering og drift, herunder å holde dem oppdatert. Registrene vil ha administrativt komplisert brukergrensesnitt fordi de må kunne brukes i enhver krise og for å dekke det spesifikke personellbehovet som da kan oppstå. Registeret må også oppfylle ulike aktørers opplysningsbehov i en krise. Det vises videre til at en rekke av de opplysningene som et slikt register vil måtte inneholde, allerede er tilgjengelig i relevante virksomheter og eksisterende registre. Etablering av nye registre vil derfor innebære noe dobbeltarbeid, og dermed unødvendige administrative og økonomiske kostnader.

Direktoratet anbefalte derfor at det heller utarbeides planverk, avtaler og intensjonsavtaler på alle nivåer for hvordan samarbeid, roller og ansvar skal være i krise. Dette inkluderer også avtale mellom Helsedirektoratet og NAV. Det vises til at direktoratet i en eventuell krisesituasjon kan ha behov for å skaffe seg oversikt over arbeidstakere i og utenfor helse- og omsorgstjenesten med relevant kompetanse til krisen, og at NAV har registre som inneholder mye av denne informasjonen. Direktoratet anbefalte videre at det tilrettelegges for at informasjon om helsepersonell med relevant kompetanse til aktuell krise, kan innhentes ved behov. Det vises til at direktoratet under koronapandemien utarbeidet

rutiner for innhenting av slik informasjon fra virksomheter og etablerte registre, og at disse kan videreutvikles og benyttes.

På bakgrunn av direktoratets anbefaling, ble direktoratet 18. oktober 2023 i tillegg til tildelingsbrev, TTB-2023 nr. 60 – Mobilisering av personellressurser, blant annet gitt i oppdrag å utrede og beskrive konkret utforming av en modell som innebærer innhenting og bruk av opplysninger fra relevante virksomheter, eksisterende registre eller andre kilder. Formålet skulle være å fremskaffe oversikt over helsepersonell som tidligere har arbeidet i helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell som ikke har arbeidet i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, men som har helsefaglig utdanning og erfaring fra utlandet eller privat sektor.

Departementets oppdrag er i sin helhet gjengitt i Helsedirektoratets oppdragssvar 1. februar 2024, Svar på TTB-2023 oppdrag nr. 60, hvor direktoratet har gitt følgende oppsummering og anbefalinger:

- Sammenstilling av data fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa- registeret) og helsepersonellregisteret (HPR) kan benyttes for å identifisere reservepersonell
- Det inngås avtale med NAV for å få løpende tilgang til data fra Aa-registeret via API
- Det foreslås at det opprettes en oversikt over sammenstilt data som vedlikeholdes, for eksempel med månedlig sammenslåing, slik at oppdatert data kan tilgjengeliggjøres ved behov
- Helsefagstudenter som ikke er registrert med studentlisens i HPR omfattes ikke av forslaget om sammenstilling av data. Studentene kan likevel identifiseres via en mulig kobling opp mot Vitnemålportalen ved behov
- Helsedirektoratet vurderer at en sammenstilling av data fra Aa-registeret og HPR kan behandles med hjemmel i helseberedskapsloven § 4-2
- Helsedirektoratet er ansvarlig for forvaltning av oversikt over sammenstilt data

Direktoratets oppdragssvar er publisert på regjeringen.no sammen med dette høringsnotatet.

Med henvisning til Helsedirektoratets anbefaling i oppdragssvar 7. februar 2023, og den begrunnelsen som der gis, mener departementet at det nå ikke bør etableres nye, permanente nasjonale registre med formål å skulle ha samlet og oppdatert oversikt over tilgjengelige personellressurser. Departementet vil i tillegg vise til at den alternative løsningen som Helsedirektoratet har anbefalt i sitt oppdragssvar 1. februar 2024 fremfor opprettelse av permanent register, trolig også vil ha mindre personvernmessige konsekvenser. Når det gjelder de konkrete anbefalingene Helsedirektoratet har i sitt oppdragssvar 1. februar 2024 vil departementet vurdere videre oppfølging ved en senere anledning.

Departementet vil på et senere tidspunkt vurdere om det er behov for endringer i helseberedskapsforskriften. Ved en eventuell revisjon av forskriften kan det blant annet være aktuelt å vurdere plikt til å ha oversikt over personell som kan beordres etter helseberedskapsloven og personell som kan benyttes ved ulykker og kriser uten at beordring etter helseberedskapsloven er aktuelt. Det kan videre være aktuelt å vurdere

plikt til kompetansekartlegging og personellplanlegging (herunder plan for best mulig å kunne omdisponere eget personell i aktiv tjeneste), bruk og mottak av annen kompetanse som medhjelpere, pensjonister og studenter, samt samarbeid med nabokommuner, avtalespesialister, helseforetak, frivillige og andre relevante samarbeidspartnere.

14.6.5.2 *Mobilisering av reservepersonell - samarbeid med utdanningssektoren og oversikt over studenter, lærlinger og elever*

Det er viktig med et godt samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren i beredskapssituasjoner, blant annet for å ivareta progresjon og gjennomstrømning i utdanningen, samt for å ivareta helsefagstudenter som en viktig ressurs for helse- og omsorgstjenesten i praksisavvikling og som arbeidstakere.

I Helseberedskapsmeldingen er det i punkt 3.1 om mobilisering av reservepersonell blant annet uttalt:

«For krisehåndtering kan det også være behov for å mobilisere flere studenter innen helsefag som reservepersonell i tjenesten enn medisinske og farmasistudenter som i dag får studentlisens etter progresjon i studiet. Under pandemien ble det åpnet opp for at også studenter, elever og lærlinger som er under annen helse- og sosialfaglig utdanning kunne få innvilget studentlisens i siste studieår. Regjeringen vil under arbeidet med revisjon av helseberedskapsloven vurdere om dette bør gjøres til en permanent ordning. [...].

Under pandemien ble det opprettet en nasjonal knutepunktgruppe som koordinerte samarbeidet mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen vil under arbeidet med revisjon av helseberedskapsloven vurdere om dette bør bli en permanent ordning som kan iverksettes i kriser.»

Knutepunktgruppen hadde deltakelse fra Universitets- og høyskolerådet, de regionale helseforetakene, KS, statsforvalterembetene og Helsedirektoratet. Gruppen samarbeidet blant annet om å tilrettelegge for gode praksisstudier og normal studieprogresjon gjennom pandemien. De bidro også til å avklare andre problemstillinger, som eksempelvis arbeidsrettslige forhold ved arbeid i tjenesten utenom praksisperioden.

Med basis i erfaringene fra pandemien, og vurderingene i Helseberedskapsmeldingen, vil departementet gi Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan en slik koordinerende enhet kan opprettes som en permanent ordning som iverksettes i beredskapssituasjoner. Utforming av slikt oppdrag vil skje i samarbeid med berørte departementer. Det vil også være naturlig at det i oppdraget til Helsedirektoratet presiseres at utredningen skal skje i samarbeid med andre berørte underliggende etater.

Lisens til studenter reguleres i forskrift 21. desember 2000 nr. 1379 om lisens til helsepersonell. Det gis etter forskriften kun lisens til medisinske studenter og studenter på masternivå i farmasi (provisorfarmasøyt). Under Covid-19 pandemien fikk imidlertid studenter innen flere helsefag tildelt midlertidig lisens hjemlet i den daværende covid-19-forskriften § 17 a. Slik studentlisens kunne utstedes til studenter, elever og lærlinger som var under utdanning i Norge eller et annet EØS-land i et av yrkene som er nevnt i helsepersonelloven § 48 første ledd, var i siste opplæringsår av utdanningen og hadde påbegynt eller skulle påbegynne praksisdelen av utdanningen. Studentlisens for helsefaglige studenter, elever og lærlinger var ment å gi dem utvidet ansvar ved

gjennomføring av praksisdelen av studiene og for at de skulle kunne få et mer selvstendig ansvar for en avgrenset del av yrkesutøvelsen på tjenestestedet. Arbeid med lisens skulle imidlertid ikke gå på bekostning av ordinær studieprogresjon, selv om studentlisens ga studenten mulighet til å arbeide i lønnede stillinger.

Etter departementets vurdering var erfaringene med denne ordningen gode. I tillegg ga dette helsemyndighetene forutsigbarhet og nødvendig oversikt over studentpopulasjonen. Departementet tar derfor sikte på å vurdere om ordningen med studentlisens bør utvides til flere grupper på permanent basis ved endring i lisensforskriften. Slikt arbeid vil skje i samarbeid med berørte departementer.

14.7 Frivillig sektors rolle i helseberedskapen

14.7.1 Gjeldende rett

Frivillig sektor er ikke omfattet av helseberedskapsloven.

Heller ikke helseberedskapsforskriften omtaler frivillig sektor. Indirekte kan imidlertid frivillig sektor berøres av forskriften § 4, som bestemmer at den enkelte virksomhets beredskapsplan skal omfatte prosedyrer for ressursdisponering og omlegging av drift som sikrer nødvendig tjenesteytelse ved krise, katastrofe eller krig. For mange virksomheter kan det her være relevant å redegjøre for hvordan bidrag fra frivillig sektor kan bidra til å opprettholde nødvendig tjenesteytelse ved kriser.

14.7.2 Departementets vurdering og forslag

Totalberedskapskommisjonen fremhever frivillighetens rolle i beredskapen som et viktig fundament i det norske samfunnet, jf. NOU 2023: 17 *Nå er det alvor – Rustet for en usikker fremtid* kapittel 23. I Norge har frivillige organisasjoner lange tradisjoner med å ivareta ulike samfunnsoppgaver. Frivillige deltar blant annet i søk og redning, bistår helse- og omsorgstjenesten i transport og kommunikasjon, samt avlaster helse- og omsorgstjenesten. Frivilligheten spiller også en viktig rolle med å yte omsorg blant annet ved å ha kontakt med sårbare grupper, skape sosiale arenaer i kriser og til å nå frem med informasjon og tiltak

Koronakommisjonens har i sin utredning uttalt at det ikke var noen beredskap eller plan for hvordan kommunene skulle bruke ulike deler av den frivillige sektoren i en akutt situasjon, jf. NOU 2022: 5 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2* kapittel 2. Kommisjonen uttalte blant annet at mye så ut til å ha skjedd tilfeldig, blant annet basert på tilfeldige personlige relasjoner. Kommisjonen mener derfor det er behov for en gjennomgang av grensesnittet mellom offentlig forvaltning og frivilligheten innen alle forvaltningsnivåer.

I Helseberedskapsmeldingen uttales det i punkt 3.3 om bruk av frivillige blant annet:

«Regjeringen vil legge til rette for at frivillig sektor blir bedre integrert i helseberedskapen, både regulatorisk, i avtaler, i planer og øvelser. Det innebærer blant annet at kommuner, helseforetak og nasjonal helseforvaltning har vurdert det frivillige som en ressurs for

helseberedskapen, at frivillig personell må sikres oppfølging ved behov, og at konsekvenser for det frivillige skal tas hensyn til ved vurdering av tiltak. [...].

Samtidig er frivillighet først og fremst frivillig. Samarbeidet må derfor bygge på gjensidighet og tillit. Det offentlige har sterke fullmakter ved kriser, men det skal skilles klart mellom når det offentlige bruker sin myndighet, og når det er samarbeid. [...]. Det frivillige er et viktig tillegg til den offentlige helseberedskapen.»

Ved Stortingets behandling av Helseberedskapsmeldingen, jf. Innst. 220 S (2023-2024) punkt 3.2.4, uttalte helse- og omsorgskomiteen blant annet:

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, vil framheve betydningen av frivilligheten som beredskapsressurs, og viser til at dette blant annet ble trukket fram i NOU 2012: 14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen. Den samme rapporten trekker fram behovet for en samordnet innsats mellom ulike myndigheter og frivillige organisasjoner i nødsituasjoner. Samtidig påpeker flertallet at det er viktig at myndighetene har respekt for frivillige organisasjoners egenart. Deltakelse og beredskapssamarbeid mellom myndigheter og frivilligheten må ta utgangspunkt i at frivillige organisasjoner er egenstyrte og basert på frivillig innsats, med de sårbarheter det gir knyttet til ressursene de har tilgjengelig og behov for oppfølging. Flertallet mener tiltakene regjeringen foreslår, som å legge til rette for at frivillig sektor blir bedre integrert i helseberedskapen i så vel avtaler, planer og øvelser, som regulatorisk, tettere dialog mellom frivillige organisasjoner og Helse- og omsorgsdepartementet gjennom et årlig dialogmøte og å sørge for at utvalgene i den nye helseberedskapsmodellen har kontakt og samarbeid med frivilligheten, er viktig.

Flertallet vil samtidig påpeke at det bør tydeliggjøres at det er et skille mellom frivilligheten generelt og den mer spesialiserte delen av frivilligheten som har en mer spisset kompetanse og som til daglig og i kriser støtter helsetjenesten og kommuner. [...].

Flertallet viser til redningstjenestens system og rammevilkår for frivilligheten. Flertallet mener det kan være hensiktsmessig å se hen til denne modellen for å vurdere hvordan frivillighetens bidrag til helseberedskapen kan rammes inn.

Flertallet vil påpeke at frivillige organisasjoner spiller en viktig rolle i krisekommunikasjon og viser til at frivillige organisasjoners arbeid under koronapandemien var særlig viktig for å få ut informasjon til ulike sårbare grupper. [...] Flertallet vil også fremheve pårørendes rolle helseberedskapsarbeidet. Kunnskap og erfaringer fra pårørende må ses hen til i beredskapsarbeidet på en mer systematisk måte.»

Ved behandling av innstillingen fikk følgende Vedtak nr. 542, (2023-2024) flertall:

«Stortinget ber regjeringen sikre at frivillighetens rolle i helseberedskapen styrkes, og at de frivillige organisasjonene integreres i planverk og øvelser.»

Departementet vil komme tilbake til behov for endringer i helseberedskapsforskriften på et senere tidspunkt. Ved en eventuell revisjon av forskriften vil departementet blant annet vurdere om det i forskriften bør innføres en plikt til å integrere frivillige organisasjonene i planverk og øvelser eller om slik integrering kan sikres på andre måter.

15 Beredskapsregistre mv.

15.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet vurderer departementet reguleringen av beredskapsregistre i gjeldende helseberedskapslov § 2-4.

Departementet foreslår:

- Enkelte lovtekniske presiseringer og klargjøringer i helseberedskapsloven § 2-4, som vil bidra til å fjerne uklarheter om opprettelse og bruk av beredskapsregistre. Formålet med endringene er å gjøre arbeid med beredskapsregistre raskere og mer hensiktsmessig, slik at registrene bedre sikrer nødvendig og relevant kunnskap i kriser.
- Å lovfeste at også Direktoratet for medisinske produkter skal kunne opprette beredskapsregistre.
- Å lovfeste at departementet skal varsles før opprettelse av beredskapsregistre.
- Å lovfeste en hjemmel for opprettelse av beredskapsregistre ved beredskapsøvelser.

15.2 Innledning

I en beredskapssituasjon vil det kunne være nødvendig å samle inn og systematisere informasjon om personer som oppholder seg i Norge, for å få oversikt over omfang, årsaker og sykdomsutvikling som kan ligge til grunn for tiltak som skal møte en hendelse eller situasjon.

Med beredskapsregistre menes registre som det oppstår behov for i forbindelse med en konkret hendelse eller situasjon. Det kan for eksempel være en konkret mistanke om sykdom som følge av en ukjent miljøeksponering som må undersøkes og følges opp, eller det kan være et administrativt behov for å kunne samle inn helseopplysninger for eksempel for å kunne kartlegge behov for helsehjelp. Som regel vil behovet for å etablere og innhente data til et beredskapsregister oppstå raskt, og det er derfor avgjørende med en god regulering som sikrer effektiv etablering av beredskapsregistre. Se Prop. 7 L (2016-2017) *Endringer i helseberedskapsloven mv. (beredskapsregistre mv.)* punkt 4.3.1.

I april 2020, under koronapandemien, ble beredskapsregisteret Beredt C19 opprettet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Helsedirektoratet. Hjemmelen var helseberedskapsloven § 2-4. Som dataansvarlig for registeret, formulerte FHI formålet med Beredt C19 slik: «hurtig å fremskaffe oversikt og kunnskap om hvordan pandemien, og tiltakene som er iverksatt, påvirker befolkningens helse, bruk av helsetjenester og helserelatert atferd». Etter hvert som kunnskapsbehovet endret seg under koronapandemien og registeret ble utvidet med nye datakilder, ble det gjort fortløpende vurderinger om fortsatt behov for innsamling og behandling av ulike data. Beredt C19 ble avviklet 30. juni 2025. Beredt C19 viste seg avgjørende for å håndtere koronapandemien, ved at det fortløpende kunne fremskaffes kunnskap om pandemiens utvikling. Erfaringer med registeret har imidlertid vist at det er et behov for endringer i lovgrunnlaget, se blant annet punkt 4.5 hvor det redegjøres for «Rapport 30. juni 2022 fra ekspertgruppe nedsatt av Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser (Rege m.fl.

(2022))». Denne rapporten omtales i det videre som «Rege-rapporten». Ekspertgruppen har vurdert juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data, samt bruk av randomiserte forsøk, og foreslår flere endringer i helseberedskapsloven § 2-4. Koronautvalget viste i NOU 2023: 16 i punkt 13.3.3 til blant annet Rege-rapportens funn og anbefalinger, og uttalte:

«Koronautvalget mener at det er viktig at nasjonale myndigheter følger opp pågående arbeid og initiativer for å styrke kunnskaps- og analyseberedskapen i møte med fremtidige pandemier og andre typer kriser. Nasjonale myndigheter bør sikre gode rammebetingelser for en effektiv og sikker utnyttelse av nasjonale registre, relevante datakilder og annen statistikk til å håndtere pandemier og andre større kriser.»

15.3 Gjeldende rett

15.3.1 Helseberedskapsloven

Helseberedskapsloven § 2-4 om beredskapsregistre lyder:

«Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet kan etablere registre med helseopplysninger for å håndtere beredskapssituasjoner. Slike registre kan etableres for å gi oversikt og kunnskap om utbredelse, årsakssammenhenger og konsekvenser ved miljøhendelser, ved mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer og ved andre typer kriser og beredskapssituasjoner. Det kan også etableres registre for å ivareta internasjonale rapporteringsplikter og administrative oppgaver i en beredskapssituasjon. Organet som etablerer registeret, er dataansvarlig.

Ved etableringen av registre skal den dataansvarlige dokumentere at helseopplysningene behandles i samsvar med helseregisterloven § 6, herunder beskrive formålet med behandlingen og hvilke helseopplysninger som behandles. Beredskapsregistre kan inneholde helseopplysninger med direkte personidentifiserende kjennetegn.

Opplysningene kan behandles uten samtykke fra den registrerte og tilgjengeliggjøres uten hinder av lovbestemt taushetsplikt dersom det er nødvendig for å oppnå registerets formål. Opplysningene skal behandles i samsvar med helseregisterloven.

Den dataansvarlige kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for registerets formål fra helsepersonell, fra virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og fra personell og virksomheter som nevnt i folkehelseloven § 29 andre og tredje ledd.

Opplysningene skal slettes eller anonymiseres når hendelsen er avklart og evaluert. Departementet kan bestemme at helseopplysninger likevel kan behandles etter at hendelsen er avklart. Dette kan bestemmes når det er nødvendig for å gi kunnskap om langtidseffekter og samfunnets interesse i den videre behandlingen klart overstiger ulempene som kan påføres den enkelte.»

Bakgrunnen for bestemmelsen fremgår av Prop.7 L (2016–2017) *Endringer i helseberedskapsloven mv. (beredskapsregistre mv.)*.

Beredskapsregistre opprettes normalt først når en konkret helsetrussel eller beredskapssituasjon har oppstått. Det er derfor vanskelig på forhånd å beslutte hvilke konkrete formål registeret skal ivareta, hvilke opplysninger det skal inneholde eller hvilke

personell og virksomheter som skal pålegges å melde opplysninger til registeret. Det kan heller ikke tas stilling til på forhånd om samtykke kan innhentes eller hvilken grad av identifikasjon opplysningene i registeret må ha, for at registrene kan ivareta sine formål.

I Prop.7 L (2016–2017) punkt 4.3.2, uttales følgende om bestemmelsens lov plassering:

«Departementet foreslår at bestemmelsen om beredskapsregistre tas inn i helseberedskapsloven som gir det generelle rammeverket for helsetjenestens forebygging, håndtering og evaluering av beredskapssituasjoner. Bestemmelsen vil omfatte miljøhendelser og må ses i sammenheng med folkehelseloven, smittevernloven og strålevernloven som gir bestemmelser om håndtering av miljøhendelser. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med øvrig helselovgivning som regulerer pasientbehandling mv.»

Formålet med beredskapsregistre er å få oversikt og kunnskap om utbredelse, årsakssammenhenger og konsekvenser ved miljøhendelser, ved mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer og ved andre kriser og beredskapssituasjoner. Det kan også etableres registre for å ivareta internasjonale rapporteringsplikter og administrative oppgaver i en beredskapssituasjon.

Beredskapsregistre har ikke til formål å avdekke og forebygge en beredskapssituasjon, ettersom de etableres etter at selve beredskapssituasjonen er kjent.

Virkeområdet til bestemmelsen er vid, da det ikke er mulig å forutse alle aktuelle situasjoner som kan oppstå. Det har vært viktig å sikre at hjemmelen ikke avgrenses til spesielle typer hendelser eller spesielle typer årsaker til sykdom.

Bestemmelsens andre ledd stiller krav til den dataansvarlige for det aktuelle beredskapsregisteret som eventuelt opprettes i medhold av bestemmelsen. Det må angis konkrete formål for hvert enkelt beredskapsregister som etableres. Helseregisterloven § 6 og personvernforordningen artikkel 5 krever at graden av personidentifikasjon ikke skal være større enn nødvendig for det aktuelle formålet.

Det følger av tredje ledd at det ikke kreves samtykke fra den registrerte, dersom det er nødvendig for å oppnå registerets formål. Hva som er nødvendig for å oppnå registerets formål vil blant annet bestemmes av beredskapssituasjonens karakter.

Den dataansvarlige for registeret kan kreve opplysninger fra helsepersonell og virksomheter, herunder databehandleransvarlige for andre registre. Den konkrete beredskapssituasjonen vil avgjøre hvem som skal melde opplysninger til beredskapsregisteret.

Siste ledd bestemmer at opplysningene i registeret som hovedregel skal slettes eller anonymiseres når hendelsen er avklart og evaluert. I Prop.7 L (2016–2017) punkt 4.3.9 presiseres det at:

«Utgangspunktet for behandling av personopplysninger er at de ikke skal lagres lenger enn nødvendig for formålet. Hovedregelen vil være at opplysningene skal slettes eller anonymiseres når beredskapssituasjonen er avklart. Evaluering av hendelsen eller ulykken vil være en del av håndteringen.»

Videre kan departementet i enkelttilfeller bestemme at registeret likevel ikke skal slettes eller anonymiseres, dersom opprettelse av registeret er nødvendig for å gi kunnskap om langtidseffekter.

15.3.2 Smittevernloven

Smittevernloven § 2-2 åttende ledd har en bestemmelse om unntak fra taushetsplikt, som gir adgang til opprettelse av såkalte «utbruddsregistre». Bestemmelsen lyder:

«Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunelegen, statsforvalteren, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan i en smittesituasjon behandle opplysninger samlet inn etter dette ledd i samsvar med helseberedskapsloven § 2-4.»

I Prop. 7 L (2016-2017) uttales det i punkt 4.3.5:

«Smittevernloven § 2-2 åttende ledd gir hjemmel for kommunelegen, fylkesmannen og Statens helsetilsyn, i tillegg til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet til å innhente opplysninger uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan behandle opplysningene i utbruddsregistre. Den videre behandlingen skal være i tråd med bestemmelsene i helseregisterloven.

Departementet foreslår at smittevernloven § 2-2 åttende ledd endres slik at den viser til helseberedskapsloven § 2-4 i stedet for helseregisterloven. Det innebærer at når Helsedirektoratet eller Folkehelseinstituttet har behov for å etablere beredskapsregistre i forbindelse med utbrudd av smittsomme sykdommer, skal registrene etableres i samsvar med helseberedskapsloven § 2-4. Opplysninger som er innhentet av for eksempel kommunelege eller fylkesmann med hjemmel i smittevernloven § 2-2 kan inngå i et beredskapsregister.»

I Prop. 7 L (2016-2017) uttales det i merknaden til utkastet til smittevernloven § 2-2 åttende ledd:

«Det følger av denne bestemmelsen at utbruddsregistre, på samme måte som andre beredskapsregistre, skal hjemles i helseberedskapsloven § 2-4. Etablering av registrene og behandlingen av helseopplysningene, skal følge reglene som følger av denne bestemmelsen. Denne bestemmelsen henviste tidligere til helseregisterloven.

Bestemmelsen gir hjemmel for kommunelegen, fylkesmannen, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet til å innhente opplysninger uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Der det skal etableres utbruddsregistre innen smittevernet, skal det skje i samsvar med bestemmelsene i helseberedskapsloven § 2-4. Opplysninger som er innhentet av for eksempel kommunelege eller fylkesmann med hjemmel i smittevernloven § 2-2 kan inngå i et beredskapsregister.»

Det kan fremstå uklart om det er helseberedskapsloven § 2-4 eller smittevernloven § 2-2 åttende ledd som hjemler innhenting og behandlingen av personopplysninger, og å opprette situasjonsbetingede utbruddsregister for håndtering av lokale utbrudd eller mindre nasjonale utbrudd innenfor smittevernet.

15.3.3 Helseregisterloven

Formålet med helseregisterloven er å legge til rette for innsamling og annen behandling av helseopplysninger, for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Loven skal sikre at behandlingen foretas på en etisk forsvarlig måte, ivaretar den enkeltes personvern og brukes til individets og samfunnets beste.

Alminnelige vilkår for å behandle helseopplysninger fremgår av lovens § 6.

Helseopplysninger skal også behandles i samsvar med prinsippene for behandling i personvernforordningen artikkel 5. Graden av personidentifikasjon skal ikke være større enn nødvendig for det aktuelle formålet. Graden av personidentifikasjon skal begrunnes. Tilsynsmyndigheten kan kreve at den dataansvarlige legger frem begrunnelsen.

Helseregisterloven § 19 a om tilgjengeliggjøring av helseopplysninger lyder:

«Den dataansvarlige skal etter søknad tilgjengeliggjøre helseopplysninger i helseregistre, inkludert opplysninger som er sammenstilt etter § 19 c, når

- a. opplysningene skal brukes til et uttrykkelig angitt formål som er innenfor registerets formål,
- b. mottakeren kan godtgjøre at behandlingen vil ha rettslig grunnlag etter personvernforordningen artikkel 6 og 9,
- c. mottakeren kan godtgjøre at behandlingen av opplysningene vil være innenfor rammene av eventuelle samtykker og ikke i strid med eventuelle reservasjoner, og
- d. mottakeren har gjort rede for hvilke egnede tekniske og organisatoriske tiltak som skal settes i verk for å ivareta informasjonssikkerheten.

Det skal ikke tilgjengeliggjøres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet. Opplysningene skal tilgjengeliggjøres uten navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn med mindre slike opplysninger av særlige grunner er nødvendige.

Tilgjengeliggjøring kan bare skje når den registrerte har samtykket, tilgjengeliggjøringen omfattes av andre unntak fra taushetsplikten, eller det er gitt dispensasjon.

Den dataansvarlige kan sette som vilkår for tilgjengeliggjøring at mottakeren setter i verk særlige tiltak for å verne den registrertes grunnleggende rettigheter og interesser.

Opplysningene kan bare tilgjengeliggjøres dersom det er ubetenkelig ut fra etiske, medisinske og helsefaglige hensyn. For tilgjengeliggjøring til medisinsk og helsefaglig forskning skal mottakeren ha fått forhåndsgodkjenning fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. helseforskningsloven § 33.

Dersom det er gitt dispensasjon fra taushetsplikten etter § 19 e, skal opplysningene tilgjengeliggjøres i samsvar med dispensasjonsvedtaket uten at den dataansvarlige skal vurdere om vilkårene i første til femte ledd i bestemmelsen her er oppfylt.

Departementet kan gi forskrift om den dataansvarliges plikt og adgang til å tilgjengeliggjøre opplysninger som er overført til løsningen etter § 20.»

15.3.4 Personvernforordningen

EUs personvernforordning (GDPR) gjelder som norsk lov, jf. personopplysningsloven § 1. Personvernforordningens generelle regler om behandling av personopplysninger gjelder

ved all behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger. Personvernforordningens krav er utfylt og presisert i helseregisterloven og annen særlovgivning. Personvernforordningen og helseregisterloven gjelder for all behandling av opplysninger i helseregistre.

I personvernforordningen artikkel 4 nr. 1 defineres personopplysninger på følgende måte:

«personopplysninger; en identifiserbar fysisk person er en person som direkte eller indirekte kan identifiseres, særlig ved hjelp av en identifikator, f.eks. et navn, et identifikasjonsnummer, lokaliseringsopplysninger, en nettidentifikator eller ett eller flere elementer som er spesifikke for nevnte fysiske persons fysiske, fysiologiske, genetiske, psykiske, økonomiske, kulturelle eller sosiale identitet»

Helseopplysninger er en type personopplysninger, og defineres i personvernforordningen artikkel 4 nr. 15 som:

«personopplysninger om en fysisk persons fysiske eller psykiske helse, herunder om ytelse av helsetjenester, som gir informasjon om vedkommendes helsetilstand»

Behandling av helseopplysninger omfatter enhver bruk av helseopplysninger, som for eksempel innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 2.

Personvernforordningen artikkel 5 inneholder de grunnleggende prinsippene for behandling av personopplysninger. Ett av grunnprinsippene er at personopplysninger skal behandles på en lovlig, rettmessig og åpen måte, jf. artikkel 5 nr. 1 bokstav a. Et viktig element i dette er at behandlingen må ha et rettslig grunnlag. Behandlingen vil bare være lovlig dersom minst ett av de alternative vilkårene i artikkel 6 nr. 1 om behandlingens lovlighet er oppfylt (behandlingsgrunnlag). Blant annet gjelder dette dersom behandlingen er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse som påhviler den dataansvarlige (bokstav c) eller dersom behandlingen er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse (bokstav e). For disse to behandlingsgrunnlagene kreves det i tillegg hjemmel for behandling av opplysningene i nasjonal lovgivning (supplerende rettsgrunnlag).

Øvrige prinsipper i artikkel 5 er blant annet formålsbegrensning, dataminimering, riktighet, lagringsbegrensning, integritet og konfidensialitet.

15.4 Departementets vurdering og forslag

15.4.1 Innledning

På oppdrag fra departementet har Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet gitt en felles anbefaling om endringer i helseberedskapsloven § 2-4, som følger opp Rege-rapportens ti forslag og bygger på erfaringer fra Beredt C19.

Departementet vil i dette kapitlet gjennomgå og vurdere Rege-rapportens ti forslag, med utgangspunkt i vurderingene fra etatene.

De overordnede spørsmålene som departementet særlig ber om høringsinstansenes syn på er hvilke virksomheter som skal kunne opprette et beredskapsregister, hvem det skal

kunne kreves opplysninger fra, hvilke opplysninger som kan innhentes og hvem opplysningene kan tilgjengeliggjøres for.

Departementet vurderer også vilkårene for hvor lenge et beredskapsregister kan vare jf. § 2-4 åttende ledd, og avklarer forholdet til andre pågående arbeider og prosesser.

I dette kapitlet foreslår departementet nødvendige presiseringer i lovtekst og forarbeider for å klargjøre gjeldende rett om regulering av beredskapsregistre. I tillegg foreslås enkelte endringer i reguleringen av beredskapsregistre i form av utvidelse av hvilke offentlige organer som kan opprette beredskapsregistre, utvidelse av hvilke aktører det kan kreves opplysninger fra, presisering av at avleverende virksomhet som hovedregel må dekke egne kostnader, hjemmel til å be om opplysninger direkte fra innbyggere og hjemmel for opprettelse av beredskapsregistre ved beredskapsøvelser.

15.4.2 Beredskapsregistre kan omfatte både helseopplysninger og andre personopplysninger

Departementet mener det bør tydeliggjøres hvilke opplysninger som kan samles inn til beredskapsregistre. Etter ordlyden omfatter helseberedskapsloven § 2-4 kun «helseopplysninger», men det følger av Prop. 7 L (2016-2017) punkt 4.3.7 at også «administrative opplysninger, og helseopplysninger og andre personopplysninger» er relevante.

Erfaringer fra koronapandemien har vist at det kan oppstå tolkningstvil knyttet til dette. I en uoversiktlig beredskapssituasjon er det viktig å unngå å bruke unødig tid på slike avklaringer. Erfaringer fra koronapandemien har også vist viktigheten av at personopplysninger om for eksempel yrkesbakgrunn, innvandrerbakgrunn og innreisedata inngikk i Beredt C19. Departementet viser også til at smittevernloven § 2-2 åttende ledd om utbruddsregistre gir Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet hjemmel til å innhente helseopplysninger og andre personopplysninger.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at ny § 2-4 om beredskapsregistre gis en ordlyd hvor det tydelig fremgår at bestemmelsen åpner for registrering av «helseopplysninger og andre personopplysninger». Forslaget er kun en presisering av gjeldende rett, og vil ikke ha konsekvenser for den enkeltes personvern. Personvernforordningens krav til blant annet dataminimering og formålsbegrensning vil gjelde på samme måte.

15.4.3 Hvem skal kunne opprette et beredskapsregister?

Etter dagens hjemmel kan Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet etablere beredskapsregistre. Rege-rapporten foreslår at flere myndighetsorganer, eksempelvis Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Utlendingsdirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, bør kunne opprette beredskapsregistre etter helseberedskapsloven. Bakgrunnen for forslaget er at loven ikke bare regulerer helsekriser, men også omfatter beredskapssituasjoner som leder til andre trusler mot befolkningens liv og helse.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet derimot, vurderer at det mest hensiktsmessige er at offentlige virksomheter ivaretar oppgaver som er underlagt dem og heller samarbeider innenfor hvert sitt ansvarsområde under en gitt krise. Etatene er imidlertid enige i Regerapportens vurderinger av at flere myndighetsorganer bør kunne opprette beredskapsregistre i medhold av helseberedskapsloven § 4-2, og foreslår at også Mattilsynet og Direktoratet for medisinske produkter (tidligere Statens legemiddelverk) omfattes av hjemmelen.

Departementet er enig med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets vurdering, og viser til at ansvarsprinsippet (jf. helseberedskapsloven § 2-1) og samvirkeprinsippet taler for at kun myndighetsorganer som har en rolle knyttet til helseberedskap, gis mulighet til å opprette beredskapsregistre etter helseberedskapsloven.

Departementet har i vurderingen av om flere virksomheter skal få hjemmel til å kunne opprette et beredskapsregister vektlagt om virksomheten har erfaring med registerdrift. Departementet vurderer det som hensiktsmessig at Direktoratet for medisinske produkter, som blant annet har ansvaret for bivirkningsregisteret, gis adgang til å kunne opprette beredskapsregistre. Eksempelvis vil Direktoratet for medisinske produkter kunne ha behov for å få tilgang til opplysninger knyttet til overvåkning av bivirkninger av vaksiner eller andre legemidler. Det vil også kunne være aktuelt å dele disse opplysningene med Det europeiske legemiddelbyrået. Departementet foreslår derfor en utvidelse i § 2-4 første ledd, ved å inkludere Direktoratet for medisinske produkter i tillegg til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet.

Departementet følger ikke opp forslaget til etatene om også å inkludere Mattilsynet i listen over etater som kan opprette beredskapsregistre med hjemmel i helseberedskapsloven § 2-4. I denne vurderingen legger departementet særlig vekt på registerkompetanse og at eventuelle hendelser på Mattilsynets område ofte også vil være hendelser på ansvarsområdet til Folkehelseinstituttet. Behovet for å opprette slike registre dekkes derfor best av Folkehelseinstituttets allerede eksisterende hjemmel til å opprette beredskapsregistre.

I de fleste beredskapssituasjoner vil det være Folkehelseinstituttet som oppretter beredskapsregistre eller har en databehandleravtale med dataansvarlig etat. Departementet mener imidlertid at også de ovennevnte etatene bør kunne opprette beredskapsregistre og være dataansvarlig for disse. I og med at Folkehelseinstituttet har størst registerkompetanse i den sentrale helseforvaltningen, vil det i forbindelse med opprettelse av et beredskapsregister i mange situasjoner være naturlig med dialog med Folkehelseinstituttet for å nyttiggjøre seg instituttets registerkompetanse og -erfaring.

Departementet legger videre til grunn at de etatene som kan opprette beredskapsregistre, plikter å informere departementet når de vurderer å opprette et beredskapsregister. Det vil gjøre det mulig for departementet å sikre at etatene er samkjørte, slik at det ikke opprettes dupliserte beredskapsregistre og at ressursene benyttes effektivt. Selv om denne plikten foreligger i dag, foreslår departementet av informasjonshensyn å lovfeste i ny lov § 2-4 andre ledd at departementet skal underrettes i forkant av opprettelse av et beredskapsregister.

Videre er det klart at etatene kun kan opprette beredskapsregistre med formål om å ivareta de oppgavene de har etter lov, forskrift eller instruks fra departementet. Av dette følger at beredskapsregisteret ikke kan inneholde flere opplysninger enn det som er nødvendig for å oppnå formålet med registeret og ivaretagelse av de oppgavene som den aktuelle etaten er pålagt. Eksempelvis vil Direktoratet for medisinske produkter kunne ha behov for et beredskapsregister ved en legemiddelkrise, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet ved en atomkrise og Folkehelseinstituttet ved en pandemi. Gitt at de fleste kriser vil være knyttet sammen og påvirke folkehelsen, antas Folkehelseinstituttet å kunne ha et formål med beredskapsregister i de fleste sammensatte kriser.

Forslaget innebærer at personopplysninger kan behandles i beredskapsregistre til et nytt myndighetsorgan – Direktoratet for medisinske produkter. Det vil kunne ha konsekvenser for personvernet. Hensynet til den enkeltes personvern må veies opp mot hensynet til samfunnets behov til å innhente nødvendig informasjon for å håndtere en krise. For hvert enkelt register som etableres må det angis helt konkrete formål med hjemmel i lovbestemmelsen. Når vilkårene i loven er oppfylt, vil disse formålene måtte veie tyngre enn den enkeltes personvern. Myndighetsorganer som oppretter beredskapsregistre skal følge personvernforordningens krav, slik at den enkeltes personvern ivaretas. Dette betyr for eksempel at myndighetsorganene må vurdere konsekvensene for personvernet og hensynta prinsippet om dataminimering ved opprettelsen av et beredskapsregister.

15.4.4 Hjemmel til å kreve opplysninger fra flere aktører

Avhengig av den konkrete beredskapssituasjonen, vil det være nødvendig å kreve opplysninger fra ulike aktører for å kunne fremskaffe kunnskap for å håndtere beredskapssituasjonen. Under koronapandemien trengte Folkehelseinstituttet opplysninger til Beredt C19 fra eksempelvis NAVs institusjonsregister (det vil si opplysninger om personer i sykehjem). Innhenting av opplysningene ble forsinket i ca. ett år, i påvente av avklaring om smittevernloven § 2-2 åttende ledd ga hjemmel til å bruke dataene i et beredskapsregister. Departementet mener at det er behov for å tydeliggjøre helseberedskapsloven § 2-4, slik at det ikke er nødvendig å måtte gå via smittevernloven for å be om opplysninger til et beredskapsregister. Dette er særlig viktig for de beredskapssituasjonene som ikke omfattes av smittevernloven, eksempelvis flyktningkriser. Departementet foreslår derfor å utvide helseberedskapsloven § 2-4 slik at det i tillegg til en rett til å kreve opplysninger fra helsepersonell, helse- og omsorgstjenesten og personell og virksomheter som nevnt i folkehelseloven § 29 andre og tredje ledd, også gis hjemmel til uten hinder av taushetsplikten å innhente opplysninger fra andre offentlige kilder og privat helse- og omsorgstjeneste. Dette tilsvarer i så fall den hjemmel man etter smittevernloven § 2-2 åttende ledd har til å «kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt» når dette er «nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer».

Departementet mener at det av personvern hensyn ikke bør kunne innhentes data fra mobiloperatører eller korttransaksjoner, slik Rege-rapporten har foreslått. Departementet

mener dette bør være frivillig, og legger til grunn at mye data kan innhentes med grunnlag i samtykke fra de opplysningene gjelder, se punkt 15.4.5.

En utvidelse av personkretsen og hvilke virksomheter det kan kreves opplysninger fra, vil ha konsekvenser for personvernet ved at det potensielt kan samles inn flere opplysninger om den registrerte. Formålet med registeret vil imidlertid gi rammer og legge begrensninger for hvilke opplysninger som kan innhentes. Departementet mener at samfunnsnyttene med innhenting vil veie opp for inngrepet i den enkeltes personvern.

15.4.5 Hjemmel til å kreve opplysninger direkte fra innbyggerne

I en beredskapssituasjon vil det kunne være relevant å innhente opplysninger til et beredskapsregister direkte fra innbyggerne. Under koronapandemien fikk myndighetene gjennom samtykkebaserte befolkningsundersøkelser viktig informasjon om innbyggernes selvrapporterte symptomer på covid-19, holdninger til iverksatte tiltak, og økonomiske- og helsemessige konsekvenser av tiltakene. Rege-rapporten foreslo på denne bakgrunn at det burde vurderes å gi hjemmel til å kreve opplysninger direkte fra innbyggerne. De viser som eksempel til statistikkloven, som åpner for å pålegge oppgaveplikt for innbyggerne, og foreslår at en lignende løsning bør vurderes for beredskapsregistre.

Folkehelseinstituttets erfaring med å be om opplysninger fra innbyggere ved utbruddshåndtering og opprettelse av utbruddsregistre, er at mye oppnås gjennom frivillighet. Folkehelseinstituttet anbefaler derfor en løsning basert på frivillighet og samtykke, og viser til følgende bestemmelse i forskrift 20. juni 2003 nr. 740 (MSIS-forskriften) § 2-6 fjerde ledd:

«Dersom det er nødvendig for rask oppklaring av et utbrudd av smittsom sykdom, kan Folkehelseinstituttet eller kommunelegen etablere kontakt også med pasienten eller pasientens foreldre eller andre med foreldreansvar. Det kan ikke spørres om flere opplysninger enn det som er nødvendig for å registrere opplysningene som er nevnt for den aktuelle sykdommen i § 1-7 og § 1-8»

Departementet er enig med Folkehelseinstituttet og legger vekt på at det bør tilstrebes frivillighet og samarbeid med privatpersoner. Departementet mener at en lovfestet adgang til å kreve opplysninger direkte fra innbyggerne vil være et stort inngrep i personvernet, særlig dersom det blir spørsmål om sensitive helseopplysninger. Departementet mener videre at det ville vært problematisk og lite hensiktsmessig med rettsvirkninger som for eksempel straff i de tilfellene innbyggere nekter å gi fra seg opplysninger eller gir feilaktige opplysninger.

Departementet foreslår derfor at det lovfestes at den dataansvarlige kan ta kontakt med private personer og be om opplysninger som er nødvendige for registerets formål. Dersom den enkelte samtykker, kan opplysninger innhentes. Bestemmelsen foreslås inntatt som syvende ledd i § 2-4 i ny lov. Denne bestemmelsen vil dermed være basert på frivillighet og samtykke fra den enkelte, på samme måte MSIS-forskriften § 2-6 fjerde ledd.

Departementet legger til grunn at samtykke og opplysninger kan innhentes og administreres på en teknisk enkel måte, som oppfyller kravene i personvernforordningen.

15.4.6 Forholdet til helseregisterloven med forskrifter

Helseberedskapsloven § 2-4 er en særbestemmelse for etablering av register og innhenting av opplysninger i en beredskapssituasjon, og vil gå foran helseregisterloven og annet regelverk som oppstiller egne krav for tilgjengeliggjøring av person- og helseopplysninger.

Paragrafens fjerde ledd bestemmer at den dataansvarlige «uten hinder av lovbestemt taushetsplikt» kan «kreve opplysninger som er nødvendige for registerets formål».

Formålet med helseberedskapsloven § 2-4 er å legge til rette for at man raskt skal kunne etablere et register, herunder på kort varsel innhente opplysninger når man står overfor en akutt beredskapssituasjon. Dette er situasjoner av ekstraordinær karakter, der man har vurdert at annet regelverk ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å kunne forebygge konsekvenser av en krise eller katastrofe raskt nok, eller at det aktuelle formål ikke dekkes av de ordinære reglene om tilgjengeliggjøring av opplysninger.

Departementet legger til grunn at for å oppnå formålet med retten til å kreve opplysninger utlevert, må det være en tilsvarende utleveringsplikt for avleverende virksomhet. Paragrafen innebærer en plikt til å utlevere opplysninger i tråd med vilkårene i paragrafen.

15.4.7 Kostnader ved overføring av opplysninger skal dekkes av avleverende virksomhet

Virksomheter som plikter å utlevere opplysninger til et beredskapsregister, vil kunne ha merkostnader knyttet til saksbehandling og tekniske løsninger ved oppfyllelse av plikten. De fleste virksomhetene som bidro med opplysninger til beredskapsregisteret Beredt C19 under koronapandemien dekket kostnadene sine selv. Unntaket var innhenting av historiske data fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), og teknisk overføring av smittesporingsdata fra KS til Beredt C19. Folkehelseinstituttet erfarte at det å inngå avtaler om finansiering forsinket innhenting av data betydelig.

Departementet mener at administrasjon og finansiering av en eventuell refusjonsordning, vil kunne være uhensiktsmessig og unødig tids- og ressurskrevende under håndtering av en beredskapssituasjon. Departementet mener derfor, i likhet med anbefalingene i Rege-rapporten, at det må klargjøres i regelverket at den virksomheten som opplysningene kreves fra, ikke skal ha rett til å få dekket sine merkostnader. Det tilsvarer ordningen i statistikkloven, hvor § 10 fjerde ledd bestemmer at det ikke kan kreves vederlag for kostnader ved å oppfylle opplysningsplikten. Vurderingen er begrunnet i behovet for en effektiv og hensiktsmessig innhenting av data, som ikke forsinkes av forhandlinger om kostnader. Forslaget er ikke til hinder for at registreier og avleverende virksomheter kan inngå avtaler om fordeling av kostnader, delfinansiering etc.

Departementet legger til grunn at dette som hovedregel skal gjelde både offentlige og private virksomheter og foreslår å lovfeste at den som plikter å tilgjengeliggjøre opplysninger ikke kan kreve vederlag for kostnader ved å oppfylle opplysningsplikten, jf. lovforslaget § 2-4 sjette ledd. Departementet viser imidlertid til at det av prinsippene for

statlig styring av kommuner og fylkeskommuner følger at kommunene samlet skal kompenseres fullt ut for beregnede merutgifter som følge av nye oppgaver og endringer i regelverk, jf. veilederen «Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner», oppdatert november 2024. Det gjelder også kostnader kommunene får ved tilgjengeliggjøring av opplysninger til beredskapsregistre. Departementet foreslår derfor å presisere at kommuner og fylkeskommuner likevel kan få dekket sine kostnader. Av hensyn til effektivitet kan den praktiske håndteringen av kompensasjon skje når beredskapssituasjonen er avklart.

Selv om det lovfestes at den som plikter å tilgjengeliggjøre opplysninger ikke kan kreve vederlag for kostnader ved å oppfylle opplysningsplikten, er dette imidlertid ikke til hinder for at det kan inngås avtaler om finansiering.

15.4.8 Opplysninger kan kreves direkte fra databehandlere

Departementet mener, i likhet med anbefalingene i Rege-rapporten, at det er behov for å klargjøre i loven at opplysninger kan kreves direkte fra databehandlere som behandler opplysningene på vegne av virksomheter som omfattes av plikten til tilgjengeliggjøring. Under koronapandemien var KS databehandler for kommunene gjennom å tilby det elektroniske smittesporingsverktøyet Fiks. Opplysningene Folkehelseinstituttet hadde behov for i Beredt C19, var derfor allerede innhentet og samlet i et elektronisk verktøy. Folkehelseinstituttet erfarte at det i en slik situasjon ville vært mer effektivt å kunne kreve opplysninger fra databehandler (KS), fremfor å gå veien om hver enkelt kommune.

Personvernforordningen (GDPR) oppstiller krav til bruk av databehandler. Artikkel 28 gir nærmere bestemmelser om bruk av databehandler, herunder krav om avtaleregulering i bestemmelsens nr. 3. Databehandler har etter artiklene 28 og 29 i utgangspunktet kun lov til å behandle personopplysninger på vegne av dataansvarlig, i samsvar med instruksjoner fra dataansvarlig. Det er unntak fra dette dersom det stilles krav om det i unionsretten eller medlemslandenes nasjonale rett.

Departementet mener at gjeldende bestemmelsen i helseberedskapsloven § 2-4 ikke gir tilstrekkelig rettslig grunnlag for å kreve opplysninger direkte fra databehandler.

Departementet foreslår derfor å lovfeste en rett til å kreve personopplysninger tilgjengeliggjort direkte fra databehandler som behandler opplysninger på vegne av virksomheter som omfattes av plikt til tilgjengeliggjøring, jf. lovforslaget § 2-4 sjette ledd. Dataansvarlig skal informeres om utleveringen.

15.4.9 REK-godkjenning er ikke nødvendig for myndighetenes bruk av et beredskapsregister

Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, skal det etter helseforskningsloven § 9 søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Departementet slutter seg til vurderingene fra Rege-gruppen, som støttes av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, om at kravet om REKs forhåndsgodkjenning ikke gjelder ved myndighetenes bruk av registeret for å håndtere en beredskapssituasjon.

Da Beredt C19 ble etablert av Folkehelseinstituttet under koronapandemien, ble arbeidet med registeret inndelt i analyseteam. Teamene tok for seg ulike sider ved pandemien for å få kunnskap om årsaker, hyppighet og lignende for å kunne gi anbefalinger til myndighetene. Analysene og metodene som ble benyttet hadde en rekke likhetstrekk med forskning. For å være på den sikre siden, søkte derfor Folkehelseinstituttet i flere tilfeller om REK-godkjenning til analyseprosjekter i Beredt C19.

Dersom registreier og øvrige myndigheter som har en rolle i beredskapsarbeidet må søke om REK-godkjenning for hvert enkelt prosjekt, er det en risiko for å forspille vesentlig tid på søknadsprosesser. Dette kan forsinke beslutningsmyndighetens mulighet til å vurdere hvilke tiltak som bør iverksettes under en krise. Departementet mener at tidkrevende søknadsprosesser vil være uheldig under en krise der det haster med å få oversikt og kunnskap. Analysearbeid på data i et helseberedskapsregister er analyse av allerede innhentede data i registeret, som derfor ikke vil ha ytterligere konsekvenser for personvernet. Registerdata skal innhentes kun for å oppnå formålet med registeret, og vanlige personvernregler for bruk og lagring av personopplysningene skal ivaretas.

Departementet viser i tillegg til endringer i helseforskningsloven og tilhørende regelverk vedtatt i juni 2025, der kravet om REKs forhåndsgodkjenning oppheves for rene registerstudier. Dette omfatter også beredskapsregistre etter helseberedskapsloven. Se Prop. 109 L (2024-2025), Innst. 400 L (2024-2025) og Lovvedtak 106 82024-2025).

Departementet vil derfor presisere at det ikke vil være krav om REK-godkjenning for registreiers egne behandlinger av opplysninger i et beredskapsregister. Dette vil sikre at myndighetene effektivt kan bruke opplysningene på en hensiktsmessig måte.

Departementet forutsetter at bruken av opplysningene vil være innenfor formålet med registeret, personvernreglene og forskningsetikk.

15.4.10 Tilgang til beredskapsregistre

15.4.10.1 *Etater som har adgang til å opprette beredskapsregistre*

Under koronapandemien hadde Helsedirektoratet behov for tilgang til hyppig oppdaterte data i sanntid i analysearbeidet sitt, for å få mest mulig oppdatert situasjonsforståelse og for å kunne tallfeste koronapandemiens konsekvenser for helse- og omsorgstjenestene og befolkningen. Dette behovet mente Helsedirektoratet kunne dekkes ved tilgang til Beredt C19. Det var imidlertid usikkerhet om Folkehelseinstituttets hjemmelsgrunnlag for å kunne dele koblede data fra Beredt C19 med andre etater. Dette medførte at Helsedirektoratet ikke fikk de dataene de ønsket for å ivareta krisen mens den pågikk.

Departementet mener at bestemmelsen hjemler at dataansvarlig kan tilgjengeliggjøre opplysninger til myndigheter med ansvar i en krise. Retten vil være begrenset av myndighetens ansvarsområde i krisen, da formålet med behandlingen av opplysningene

må være å håndtere krisen eller beredskapssituasjonen. Tilgjengeliggjøringen forutsetter at kravene til håndtering av personopplysninger etter personvernreglene følges.

Departementet deler Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets vurdering i etatenes innspill til departementets arbeid med høringsnotatet av at dagens bestemmelse i helseberedskapsloven § 2-4 både gir hjemmel til at etatene som omfattes av bestemmelsen kan etablere egne beredskapsregistre, og at disse kan få tilgjengeliggjort data fra de andre etatenes beredskapsregistre. Forutsetningen er at tilgjengeliggjøringen er nødvendig for å oppfylle det enkelte beredskapsregisterets formål, jf. § 2-4 tredje ledd og forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata § 10 tredje ledd bokstav a. Alternativt kan hjemmel finnes i smittevernloven § 2-2 åttende ledd, der det kan kreves opplysninger fra alle typer «offentlige kilder». I høringsnotat om forslag til ny smittevernlov, foreslås det at gjeldende smittevernlov § 2-2 åttende ledd videreføres i ny lov § 10-3 første ledd.

Avhengig av den konkrete beredskapssituasjonen, vil alle etatene nevnt i § 2-4 første ledd kunne ha behov for tilgang til opplysninger fra et beredskapsregister for å ivareta sin myndighets- og beredskapsrolle. Departementet vurderer det som lite hensiktsmessig at hver etat som har en rolle i en gitt beredskapssituasjon, skal måtte opprette et eget beredskapsregister. Bestemmelsen må derfor forstås slik at den gir hjemmel til å tilgjengeliggjøre opplysninger fra et beredskapsregister til andre som har en rolle i beredskapsarbeidet. Hensynet til den enkeltes personvern og kravet om dataminimering taler for at man bør unngå å innhente de samme opplysningene flere ganger ved dupliserte registre. Videre taler ressurs hensyn for å tilgjengeliggjøre opplysninger mellom samarbeidende myndigheter.

15.4.10.2 Eksterne aktører

Erfaringen fra koronapandemien er at dersom flere får tilgang til data i et beredskapsregister, vil det kunne bidra til økt kunnskapsgenerering innenfor formålet med registeret. Rege-gruppen mente at det var behov for å forenkle eksterne aktørers tilgang til beredskapsregistre, og at det derfor burde vurderes om beredskapsregistre skal omfattes av en eventuell vedtaksmyndighet for Helsedataservice.

I 2023 trådte forskrift 22. januar 2023 nr. 48 om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata i kraft. Det følger av forskriften § 1 at departementet kan etablere en nasjonal organisatorisk løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata fra helseregistre, jf. helseregisterloven § 20 (Helsedataservice). Det er Folkehelseinstituttet som skal forvalte løsningen. Av forskriften § 3 bokstav n fremgår det at Folkehelseinstituttet kan beslutte at beredskapsregistre etablert med hjemmel i helseberedskapsloven § 2-4 skal inkluderes i løsningen. Hvorvidt et beredskapsregister skal omfattes, må vurderes konkret av Folkehelseinstituttet i samråd med registerforvaltere.

Formålet med forskriften er å legge til rette for enklere og raskere tilgang til helsedata for databrukere. Departementet mener at behovet for endringer som viste seg under koronapandemien, ved dette er håndtert på en tilfredsstillende måte.

Eksterne aktører har ikke en direkte rolle i beredskapsarbeidet og deres bruk av opplysningene i et beredskapsregister vil være forskning. Eksterne aktører må søke

Helsedataservice for å få tilgang til opplysninger. I slike tilfeller vil helseregisterloven §§ 19 a følgende gjelde.

15.4.11 Hjemmel for opprettelse av beredskapsregistre ved beredskapsøvelser

Departementet har vurdert anbefalingen i Rege-rapporten om at det av lov bør fremgå at det ved beredskapsøvelser iverksatt av Helse- og omsorgsdepartementet vil være adgang for de underliggende etatene å opprette beredskapsregistre som en del av øvelsen.

Formålet med en slik hjemmel vil være å sørge for at vi er bedre forberedt til en ny krise. Erfaringer fra opprettelsen av Beredt C19 var at manglende kjennskap til regelverket medførte usikkerhet, forsinkelser og mangler. Beredskapsøvelser vil sørge for at etatene jevnlig oppdaterer sin kjennskap til regelverket. Videre vil man ved øvelser kunne bidra til å videreutvikle teknisk infrastruktur og ta i bruk ny teknologi. Beredskapsøvelser vil også kunne sørge for at det jevnlig bygges kompetanse på å håndtere kobling av data og vitenskapelig metodikk for å gi pålitelig kunnskap.

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Rege-gruppen har presisert at behovet for øvelser vil reduseres dersom man har tilgang til gode, permanente og skalerbare løsninger for i sanntid å koble registerdata. Departementet viser til regjeringens arbeid med et helhetlig infeksjonsregister, se punkt 15.3.14.

For å redusere personvernkonsekvensene, mener departementet at det i utgangspunktet kun bør benyttes data uten personidentifiserende kjennetegn (syntetiske data). Det vises til at en øvelse ikke kan begrunne de samme inngrepene i den enkeltes personvern som en faktisk beredskapssituasjon. Departementet mener likevel at det bør være en snever hjemmel til å behandle personidentifiserbare opplysninger der dette er strengt nødvendig for å gjennomføre en nasjonal øvelse.

Departementet presiserer at under en øvelse, skal etaten som oppretter beredskapsregister benytte hjemmelen i § 2-4 i et omfang som er personvernmessig forholdsmessig, gitt at det ikke er en faktisk krise. Departementet iverksetter en øvelse hvor beredskapsregistre kan opprettes, og departementet skal sette rammene for øvelsen, herunder om det kan benyttes ekte data.

15.4.12 Vilkår for å beholde beredskapsregistre

Departementet mener, i likhet med innspill fra etatene, at vilkårene for å beholde et beredskapsregister i helseberedskapsloven § 2-4 siste ledd bør klargjøres.

Det følger av paragrafens første ledd at opplysningene skal slettes eller anonymiseres når hendelsen er avklart og evaluert. Bestemmelsen må ses i sammenheng med helseberedskapslovens formål om «å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid».

Folkehelseinstituttets erfaring med Beredt C19 etter koronapandemien, er at det ikke er enkelt å fastslå når «hendelsen er avklart» og hva som skal til for at hendelsen er «evaluert».

Departementet legger til grunn at en hendelse er «avklart» når beredskapssituasjonen er over. Dette vil være en beslutning basert på faktiske forhold, og kan også være en politisk beslutning. Dette vil variere mellom kriser. Eksempelvis vil en strålehendelse kunne være avklart så fort strålekilden er under kontroll og det ikke lenger er fare for stråling. Et terrorangrep vil kunne være avklart kort tid etter selve hendelsen, avhengig av om terroristene er håndtert og om det er fare for nye terrorangrep. En pandemi derimot, vil ikke være avklart før den er under kontroll og ikke lenger utgjør et «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» jf. smittevernloven § 1-3. Departementet legger videre til grunn at en beredskapssituasjon ikke vil være «avklart» før dette er besluttet politisk og gjort kjent for befolkningen. Det vil derfor ikke være registreier som beslutter når hendelsen er avklart.

En beredskapssituasjon vil normalt være «avklart» før den er evaluert. Departementet presiserer at det er registreier som er ansvarlig for å vurdere om hendelsen er evaluert og at evalueringer må gjøres jevnlig etter at selve beredskapssituasjonen er avklart. Dette er en mer skjønnsmessig vurdering, og det må ses hen til formålet med det konkrete beredskapsregisteret. Det er likevel klart at vurderingen knytter seg til evalueringen av den aktuelle hendelsen, og at hensynet til å lære til neste krise ikke inngår. Departementet ber om høringsinstansenes syn på hva det bør legges vekt på i vurderingen av når en hendelse kan sies å være evaluert.

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen om at opplysningene skal slettes eller anonymiseres når hendelsen er avklart og evaluert i ny lov.

Etter helseberedskapsloven § 2-4 femte ledd andre punktum kan departementet bestemme at helseopplysninger likevel kan behandles etter at hendelsen er avklart. Dette kan bestemmes når det er nødvendig for å gi kunnskap om langtidseffekter og samfunnets interesse i den videre behandlingen klart overstiger ulempene som kan påføres den enkelte. Folkehelseinstituttet har påpekt at kunnskap om «langtidseffekter» ikke kan fremskaffes ved hjelp av et historisk register, med mindre man oppdaterer eller kobler til oppdaterte eller nyere data. Instituttet vurderer derfor at mulighet til å benytte «fryste» data etter departementets beslutning om at helseopplysninger likevel kan behandles etter at hendelsen er avklart, ikke er et egnet verktøy for å studere langtidsvirkninger.

Departementet foreslår på denne bakgrunnen ikke å videreføre som vilkår for behandling av dataene etter at hendelsen er avklart, at slik behandling er nødvendig for å gi kunnskap om langtidseffekter. Bestemmelsen foreslås inntatt i lovforslaget § 2-4 åttende ledd. Etter bestemmelsen vil det dermed bare stilles krav om at samfunnets interesse i den videre behandlingen klart overstiger ulempene som kan påføres den enkelte.

15.4.13 Vurderinger av konsekvenser for personvernet

I punktene ovenfor vurderes konsekvensene for personvernet av de enkelte forslagene. I dette punktet vurderer departementet personvernkonsekvensene av de samlede forslagene. Departementet legger til grunn at beredskapsregistre vil ha et godt innebygd personvern.

De foreslåtte endringene vil innebære et inngrep i de registrertes rett til privatliv etter EMK artikkel 8 nr. 1. Denne retten er imidlertid ikke absolutt. Det kan på gitte vilkår gjøres inngrep i retten til privatliv, for eksempel når det er i samsvar med loven og er nødvendig for å beskytte helse. Det stilles krav om klar lovhjemmel og proporsjonalitet (forholdsmessighet). Rettssikkerhetskrav skal ivaretas og det stilles krav til klarhet, slik at inngrepet er forutsigbart.

Retten til privatliv for borgerne inkluderer rett til vern om personopplysninger. En vurdering av personvernkonsekvenser kan ikke bare omfatte konsekvensene for de registrertes rett til personopplysningsvern. Vurderingen skal også omfatte hvilke konsekvenser behandlingen av personopplysninger kan ha for andre rettigheter og friheter som en fysisk person har etter EMK og Den europeiske unions pakt om grunnleggende rettigheter (EU Charteret), se personvernforordningen artikkel 35.

Ved etablering av helseregistre skal de registrertes personvern ivaretas og vurderes. Personvernforordningen artikkel 35 oppstiller krav om en vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA), når behandlingen av personopplysninger anses å medføre høy risiko for fysiske personers rettigheter og friheter.

Etablering av et beredskapsregister vil kunne innebærer at store mengder sensitive personopplysninger samles på ett sted. Dette vil i seg selv være et inngrep i den registrertes integritet. Selv om helseberedskapsloven § 2-4 gir hjemmel til å behandle opplysninger med «direkte personidentifiserende kjennetegn», skal graden av personidentifikasjon ikke være større enn nødvendig for det aktuelle formålet. Graden av personidentifikasjon skal begrunnes og det vil kun være i unntakstilfeller at et beredskapsregister inneholder direkte personidentifiserbare opplysninger. Dette følger av personvernforordningen artikkel 5, og fremgår også av forarbeidene til helseberedskapsloven § 2-4. Erfaringer fra Beredt C19 har vist at det er mulig å ivareta personvern ved høy grad av teknisk innebygd personvern. Dersom man etablerer slike beredskapsregister uten direkte personidentifiserbare opplysninger, vil personvernulempene være betydelig redusert. I Beredt C19 oppbevares for eksempel ikke direkte personidentifiserbare opplysninger, som navn eller fødselsnummer. Disse er pseudonymiserte og kan ikke reverseres.

Flere av forslagene i dette høringsnotatet er kun presiseringer av gjeldende rett, og vil ikke medføre større personvernkonsekvenser enn i dag. Det overordnede formålet med forslagene til utvidelser av helseberedskapsloven § 2-4 er å sikre en effektiv og forsvarlig håndtering av fremtidige kriser. Formålet er å verne befolkningen mot alvorlige helsetrusler. Departementet mener at personvernprinsippene i personvernforordningen artikkel 5 samlet sett blir godt ivaretatt ved forslagene.

15.4.14 Forholdet til registerhjemmel i ny smittevernlov

Folkehelseinstituttet har gjennom overvåkningsarbeid med mindre helseberedskapsregistre, såkalte «utbruddsregistre», erfart at det er uklart om man bør bruke helseberedskapsloven § 2-4 eller smittevernloven § 2-2 åttende ledd, for å innhente og behandle personopplysninger, og opprette ad hoc utbruddsregistre for håndtering av lokale utbrudd eller mindre nasjonale utbrudd innenfor smittevernet. Folkehelseinstituttet har også reist spørsmål ved om smittevernloven § 2-2 åttende ledd gir kommuneoverlegen og statsforvalteren hjemmel til etablering av lokale utbruddsregistre. Det er vist til nærhetsprinsippet.

Departementet er enig i at det er behov for å avklare forholdet mellom helseberedskapsloven § 2-4 og smittevernloven § 2-2 åttende ledd. Se kapittel 23 i høring om forslag til ny lov om vern mot smittsomme sykdommer mv. (smittevernloven).

Departementet foreslår der at innholdet i dagens smittevernlov § 2-2 åttende ledd videreføres i ny smittevernlov § 10-3, med enkelte presiseringer. Ny § 10-3 vil etter departementets syn gi tilstrekkelig hjemmel til å innhente og behandle personopplysninger, herunder opprette registre med sammenstilte opplysninger i tråd med formålet og vilkårene i bestemmelsen.

16 Vilkår for anvendelse av lovens fullmaktsbestemmelser

16.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I kapittelet vurderer departementet videreføring av helseberedskapsloven § 1-5, som oppstiller vilkårene for å anvende lovens fullmaktsbestemmelser.

Departementet foreslår å:

- videreføre lovens ordning med en egen bestemmelse som må være oppfylt før lovens fullmaktsbestemmelser kan anvendes
- tydeliggjøre i loven at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes også ved en sannsynlig kommende krise eller katastrofe i fredstid, for å forebygge konsekvensene av denne
- presisere at Kongen i statsråd må beslutte at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes ved kriser og katastrofer i fredstid. I dag er beslutningen lagt til Kongen. Endringen innebærer at beslutningsmyndigheten ikke kan delegeres til departementet.
- utvide perioden det kan besluttes å utløse fullmaktsbestemmelsene fra én til tre måneder
- oppheve departementets hasteadgang til å beslutte at fullmaktsbestemmelsene skal kunne anvendes «ved kriser og katastrofer i fredstid». Slike potensielt inngripende beslutninger skal uansett gjøres av Kongen i statsråd dersom det er å anse som «saker av viktighet» i henhold til Grunnloven § 28.
- videreføre ordningen med at fullmaktsbestemmelsene ved «krig eller når krig truer» vil kunne anvendes uten forutgående behandling av Kongen i statsråd. Også her vil imidlertid Grunnloven § 28 kunne innebære at konkrete beslutninger om hvordan fullmaktsbestemmelsene skal anvendes, vil måtte besluttes av Kongen i statsråd.
- ikke lovfeste en særskilt meddelelsesplikt overfor Stortinget ved beslutning om å utløse eller anvende fullmaktsbestemmelsene. Se imidlertid høringsnotatets kapittel 23 hvor det foreslås slik meddelelsesplikt, dersom det besluttes å fravike lov ved forskrift.

16.2 Innledning

I utgangspunktet skal kriser og katastrofer håndteres på lavest effektive operative nivå og innenfor den ordinære helse- og omsorgstjenestelovgivningen, jf. høringsnotatets punkt 5.2. Ved kriser og katastrofer som ikke lar seg håndtere innenfor ordinære ansvarsforhold, kan det imidlertid bli nødvendig å også ta i bruk helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser. For å kunne anvende fullmaktsbestemmelsene, må vilkårene i loven § 1-5 være oppfylt.

16.3 Gjeldende rett

De fleste bestemmelsene i helseberedskapsloven gjelder til enhver tid og understøtter det grunnleggende og kontinuerlige arbeidet med helseberedskap i Norge. Departementet viser særlig til høringsnotatets kapittel 14 om forberedende beredskapstiltak hvor det redegjøres for lovens planplikt og krav om beredskapsforberedelser og øvelser.

Fullmaktsbestemmelsene i §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2 gjelder kun dersom følgende alternative vilkår i loven § 1-5 er oppfylt:

1. når riket er i krig eller når krig truer,
2. ved kriser eller katastrofer i fredstid etter beslutning av Kongen. Dersom det er nødvendig for å sikre liv og helse, kan departementet treffe en foreløpig beslutning om anvendelse. En slik beslutning skal bekreftes av Kongen så snart som mulig. En beslutning om anvendelse gis for et begrenset tidsrom og maksimalt for 1 måned. Beslutningen kan gjentas for inntil 1 måned av gangen.

Også anvendelse av loven § 6-2 andre ledd forutsetter at loven § 1-5 er oppfylt.

Riket er i krig eller krig truer

For det første vil fullmaktsbestemmelsene gjelde i situasjon der *riket er i krig eller når krig truer*. Hverken loven eller forarbeidene gir noen klar definisjon av hva som menes med begrepet «krig» eller «når krig truer». Heller ikke den tidligere lov 2. desember 1955 nr. 2 om helsemessig beredskap eller dens forarbeider i Ot.prp. nr. 29 (1955), gir nærmere veiledning.

I norsk rett har krigsbegrepet noe forskjellig innhold avhengig av i hvilken lov og kontekst begrepet brukes. I forarbeidene til gjeldende helseberedskapslov, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998–99) side 141, vises det til NOU 1995: 31 *Beredskapslovgivningen i lys av endrede forsvars- og sikkerhetspolitiske rammebetingelser*. I denne NOU-en punkter 4.5.3 og 4.5.6 fremgår det at krigsbegrepet i lov 15. desember 1950 nr. 7 om særlige rådgjerd under krig, krigsfare og liknende forhold (beredskapsloven) trolig må forstås på samme måte i andre beredskapslover

Utvalget har i punkt 2.2 definert «beredskapslovgivningen» som:

«vedtatt eller forberedt regelverk av lovgivningsmessig innhold, hvis iverksettelse er betinget av at riket er i krig, at krig truer riket, at rikets selvstendighet eller sikkerhet er i fare, eller at det foreligger en annen ekstraordinær krisesituasjon av militær art som truer vesentlige norske interesser.»

Utvalget påpeker som nevnt at det er uensartet begrepsbruk i beredskapslovgivningen knyttet til begrepet «krig» som utløsende vilkår. Utvalget påpeker at det ikke foreligger en entydig definisjon av hva som utgjør henholdsvis en sikkerhetspolitisk krise, et væpnet angrep eller krig. Videre uttales det at «fordi begrepet «krig» til dels er knyttet til formelle kriterier, er det i folkeretten blitt mer vanlig å operere med «væpnet konflikt»». Begrepene er langt på vei synonyme og har ingen faste definisjoner. Begrepet «væpnet konflikt» brukes som nevnt ofte i folkerettslige tekster. Begrepet «krig» brukes i Grunnloven, beredskapsloven og ellers i nasjonal lovgivning, og sikter normalt til tilfeller hvor

krigshandlinger finner sted på norsk territorium og når nasjonal rett og interne norske forhold endrer seg fra fred til krigstilstand. I NOU-en punkt 4.5.5.3 vises det til at beredskapsloven ikke kan anvendes ved kriser som ikke har internasjonale dimensjoner og at utelukkende nasjonale krisesituasjoner faller utenfor.

På bakgrunn av uttalelser i forarbeidene til helseberedskapsloven, og henvisningen til de overordnede vurderingene som fremkommer i NOU 1995: 31 om forståelsen av begrepet «krig» i beredskapslovgivningen, legger imidlertid departementet til grunn at helseberedskapslovens begrep «krig», i all hovedsak skal forstås på samme måte som dette begrepet forstås i henhold til beredskapsloven.

Situasjoner hvor det foreligger en formell krigserklæring, vil åpenbart falle inn under begrepet «krig» i henhold til helseberedskapsloven. Departementet legger videre til grunn at begrepet «krig» også vil kunne omfatte væpnede konflikter som ikke uten videre vil være å anse som krig i folkerettslig forstand, for eksempel pågående kamphandlinger mellom Norge og en annen stat, men uten at det foreligger en formell krigserklæring. I slike situasjoner kan altså fullmaktsbestemmelsene tas i bruk.

I tråd med uttalelser i forarbeidene til helseberedskapsloven, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998–99) side 141-142, legger imidlertid departementet til grunn at vilkåret om at riket må være i krig, ikke vil være oppfylt dersom det er snakk om «isolerte tilfelle av alminnelig terrorisme eller annen kriminalitet, humanitære katastrofer, naturkatastrofer, storulykker (for eksempel atomulykker), massetilstrømming av flyktninger mv.». Som det vil bli redegjort for nedenfor, vil imidlertid en rekke av disse situasjonene kunne anses som «krise eller katastrofe i fredstid» i henhold til helseberedskapsloven § 1-5 nr. 2. Helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser vil dermed kunne anvendes med hjemmel i dette alternativet etter beslutning av Kongen.

Helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser kan også anvendes når «krig truer». Det vil altså være adgang til å anvende fullmaktsbestemmelsene før den faktiske og rettslige situasjonen er av en slik art at «riket er i krig». Om vilkåret er oppfylt, vil måtte vurderes konkret og helhetlig. Relevante elementer å vektlegge i en slik vurdering kan blant annet være uttalelser fra andre lands politiske og militære ledere hvor krig eller militære operasjoner fremholdes som «nødvendig», eventuelt i kombinasjon med beskrivelse av vilkår eller imøtekommelser som må innfris for å unngå krig. Andre elementer som kan inngå i en slik vurdering vil være troppeforflytninger eller styrkeoppbygging langs grenseområdene, grensekrenkelser eller andre former for territorialkrenkelser eller sabotasjeaksjoner på norsk jord mot militære eller sivile mål. Også militært angrep på Norges naboland eller angrep på et NATO-land (jf. NATO-traktaten artikkel 5) vil kunne være relevant å vektlegge i en slik vurdering.

I tråd med utvalgets beskrivelser og vurderinger i NOU 1995:31, og som dagens trussel- og risikobilde illustrerer, kan det ved sikkerhetspolitiske kriser være glidende overganger og eskalerende utfordringer som både berører helseberedskapen og totalforsvaret før det eventuelt erklæres krig. Villede og avledede hendelser som direkte eller indirekte påvirker helseberedskapen kan blant annet være knyttet til en sikkerhetspolitisk situasjon, eller komme som følge av den. Eksempler på slike hendelser kan være cyberangrep mot helse-

og omsorgstjenesten, bortfall av strømforsyning til virksomheter i helsesektoren, forsyningssvikt som følge av konflikt i andre deler av verden eller økte sosiale utfordringer som konsekvens av hvordan Norge påvirkes av en internasjonal krise. I slike situasjoner uten en formell krigserklæring eller et væpnet angrep, og hvor man også kan være usikker på om situasjonen er slik at man vil si at «krig truer», vil det måtte vurderes om situasjonen anses som «krise eller katastrofe i fredstid», jf. helseberedskapsloven § 1-5 nr. 2.

I likhet med de vurderinger som er gjort i NOU 1995: 31 legger imidlertid departementet til grunn at begrepet «krig truer» i helseberedskapsloven i all hovedsak skal forstås på samme måte som disse begrepene forstås i henhold til beredskapsloven.

Om en foreliggende situasjon kan kategoriseres som henholdsvis «krig» eller som «krig truer» (§ 1-5 nr. 1) eller «kriser eller katastrofer i fredstid» (§ 1-5 nr. 2), vil reelt sett ha mindre betydning, idet de fullmaktene man kan ta i bruk etter loven i all hovedsak vil være de samme for alle disse situasjonene. Fullmaktsbestemmelsene kan anvendes direkte dersom «riket er i krig eller krig truer», mens hovedregelen er at det «ved kriser eller katastrofer i fredstid» er nødvendig med en beslutning av Kongen før bestemmelsene kan anvendes.

En beslutning om at vilkårene for å anvende fullmaktsbestemmelsene er oppfylt, betyr kun at det er adgang til å iverksette tiltak i medhold av §§ 3-1, 4-1, 5-1, 5-2 og 6-2. Det må vurderes konkret om tiltak faktisk skal iverksettes og hvordan de i så fall skal utformes og avgrenses

Krise eller katastrofe i fredstid

Helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser vil etter § 1-5 nr. 2 gjelde i *krise eller katastrofe i fredstid* etter beslutning av Kongen. I Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) beskrives på side 93 en krise eller katastrofe i fredstid som «en situasjon av ekstraordinær karakter der det akutte hjelpebehov ikke kan dekkes av tilgjengelige ressurser, og ordinære ansvarsforhold og kommandoforhold ikke strekker til, og omlegging eller ekstra tilførsel av ressurser er nødvendig».

Beskrivelsen av en krise eller katastrofe er ikke tatt inn i loven som legaldefinisjon. Dette begrunnes i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) på side 95 med at det skal være et politisk ansvarlig organ som treffer beslutning om bestemmelsenes anvendelse i fredstid. Det vil være behov for et visst skjønn i de komplekse og ofte uventede situasjonene som kan oppstå, eller som har oppstått, og der kunnskapen eller informasjonen man besitter kan være usikker. Forarbeidene, jf. side 142, beskriver imidlertid at utgangspunktet må være:

«(...) at fullmaktsbestemmelsene i loven skal være et praktisk verktøy, og de må kunne brukes når det er behov for dem. Det er situasjonen, hendelsens omfang og konsekvenser for liv, helse og velferd som er avgjørende.»

Som eksempler på kriser eller katastrofer i fredstid nevner forarbeidene:

- massiv pasientpågang eller massetilstrømming av flyktninger til kommune pga. atomulykke, naturkatastrofe, utstrakte terrorhandlinger eller bortfall av infrastruktur

- evakuering av innbyggere i kommune(r), f eks på grunn av store mengder radioaktivt nedfall/krig
- når flere lokalsykehus, hele eller store deler av fylkessykehus, sentral- eller regionsykehus blir satt ut av drift i uker/måneder
- masseskadesituasjoner
- store epidemier og masseforgiftningssituasjoner

Det er ikke nødvendig for å anvende loven at krisen eller katastrofen allerede har inntrådt. Loven skal også kunne anvendes når det er stor sannsynlighet for at en ekstraordinær krise eller katastrofesituasjon vil oppstå i nærmeste fremtid, og konsekvensene for befolkningens liv og helse vil være meget alvorlige om situasjonen oppstår. Terskelen for å kunne utløse fullmaktene fremstår dermed lavere etter forarbeidene enn hva ordlyden «ved kriser og katastrofer» isolert sett indikerer.

En beslutning om at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes i kriser eller katastrofer i fredstid, treffes av Kongen. Hvis liv og helse avhenger av at en slik beslutning treffes raskt, kan departementet foreløpig beslutte at bestemmelsene skal få anvendelse. En foreløpig beslutning truffet av departementet må bekreftes av Kongen så snart som mulig. Om det skal iverksettes tiltak etter de ulike fullmaktsbestemmelsene og hva tiltakene eventuelt skal gå ut på, bestemmes av departementet, eller den som har fått delegert slik myndighet.

En beslutning om at fullmaktsbestemmelsene skal få anvendelse gis for et begrenset tidsrom og kan maksimalt gis for én måned. Beslutningen kan imidlertid gjentas for inntil én måned. Det er ikke satt noen begrensninger i antall ganger beslutningen kan gjentas.

Tidligere anvendelse av fullmaktsbestemmelsene

Fullmaktsbestemmelsene ble gitt anvendelse i 2010, da et vulkanutbrudd på Island hadde forårsaket en askesky som hadde blåst inn over deler av Norge og ført til at luftrommet ble stengt. I Kongelig resolusjon av 16. april 2010 nr. 521 uttales det blant annet følgende om behovet for å utløse fullmaktene og hvordan disse potensielt kunne bli anvendt:

«Stans i sivil luftfart får konsekvenser for ambulanseflyvninger. Dette er en ekstraordinær situasjon som kan få konsekvenser for intensivpasienter som skal transporteres med fly. Det er sannsynlig at situasjonen kan få konsekvenser for liv og helse. Dette gjelder særlig for spredtbygde områder langs kysten og i våre nordligste fylker.

For å ha en beredskap i tilfelle det likevel ikke vil være mulig å tilby forsvarlige helsetjenester til befolkningen er det Helse- og omsorgsdepartementets vurdering at fullmaktsbestemmelsene i lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap bør få anvendelse»

Fullmaktsbestemmelsene ble også gitt anvendelse i forbindelse med koronapandemien. I Kongelig resolusjon 6. mars 2020 nr. 238 ble det besluttet at fullmaktsbestemmelsene kom til anvendelse for å håndtere koronautbruddet. I resolusjonen uttales det blant annet:

«For å ha en beredskap i tilfeller hvor det likevel ikke vil være mulig å tilby forsvarlige helsetjenester til befolkningen, mener Helse- og omsorgsdepartementets at kravene for

iverksetting av fullmaktsbestemmelsene i lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap er oppfylt.

Det vises til at Verdens helseorganisasjon erklærte 30. januar 2020 at utbruddet av sykdommen covid-19, forårsaket av det nyoppdagede koronaviruset SARS-CoV-2, utgjør en internasjonal helsekrise. [...]. Foreløpig anslår man dødeligheten til å ligge rundt to prosent.

Viruset overføres med dråpesmitte og er svært smittsomt. Ulike rapporter estimerer at andelen som blir alvorlig syke utgjør mellom 8 og 25 prosent. Mange av disse vil kreve intensivbehandling. Gitt en planforutsetning der antall smittede vil kunne utgjøre 25% av befolkningen, vil dette innebære en vesentlig belastning for folkehelsen. [...].»

Når det gjaldt hvordan fullmaktsbestemmelsene potensielt kunne bli anvendt, er det uttalt:

«Etter helseberedskapsloven § 3-1 vil det være mulig å bruke fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr. Det vil kunne være nødvendig å rekvirere boliger/hotell mv. i en situasjon hvor f.eks et cruiseskip med koronasmittede personer anløper, for å isolere smittede. Annen kohortisolering både for sykehus og kommuner kan være aktuelt, samt rekvirering av transportmidler.

Det vil etter helseberedskapsloven § 4-1 være mulig å pålegge tjenesteplikt eller beordre personell. Det kan være aktuelt å beordre og omdisponere helsepersonell både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det kan også være behov for å beordre personell til å jobbe utover ordinær arbeidstid og eventuelt geografisk omfordeling/flytting.

Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling etter helseberedskapsloven § 5-1. For å sikre befolkningen nødvendig helsehjelp og/eller sosiale tjenester, kan det være påkrevd å se på tilbud og etterspørsel av tjenestene uavhengig av kommunale og fylkeskommunale grenser.

Omlegging og omsetningsrestriksjoner etter helseberedskapsloven § 5-2. Det må antas at antall sykehusplasser kan bli utilstrekkelig. Dersom det oppstår økt eller endrede behov for tjenester innen helse- og sosialsektoren, er det derfor nødvendig å kunne utvide eller endre driften om behovene skal møtes. For eksempel kan det bli nødvendig med en generell utvidelse og omlegging av pleie- og omsorgskapasiteten på grunnlag av endringer i behov.

Andre aktuelle tiltak etter § 5-1 og § 5-2 kan være å omdisponere personell på tvers av de ordinære ansvarslinjer, samt eventuelt å etablere egne enheter, f.eks egne behandlingsenheter for smittede. Videre vil det kunne være nødvendig å etablere egne enheter for en mer effektiv utnyttelse av de samlede ressursene, eksempel utstyr for testing, fordeling av smittevernutstyr, rasjonering av legemidler mv.»

Ved påfølgende kongelige resolusjoner ble fullmaktshjemlene gitt månedlig forlenget anvendelse inntil 14. april 2023, jf. Kongelig resolusjon 14. april 2023 nr. 501, som var siste gang fullmaktshjemlene ble utløst i forbindelse med pandemihåndteringen.

16.4 Departementets vurderinger og forslag

16.4.1 Egen bestemmelse om utløsning av lovens fullmaktsbestemmelser

Kriser og katastrofer bør håndteres på lavest effektive operative nivå. Det innebærer at den myndigheten som har ansvaret for en bestemt oppgave i utgangspunktet også har ansvaret for den utøvende, operative virksomheten i samme sektor ved kriser og

katastrofer. Håndtering av kriser og katastrofer skal da skje innenfor den ordinære helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Likevel er det slik at enkelte kriser eller katastrofer kan ha så store konsekvenser på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå at de må samordnes sentralt for å sikre en mest mulig hensiktsmessig håndtering. Ved kriser og katastrofer som ikke lar seg håndtere innenfor ordinære ansvarsforhold, kan det også bli nødvendig å ta i bruk helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser.

Som det vil bli redegjort for senere i høringsnotatet, åpner fullmaktsbestemmelsene blant annet for at det kan besluttes endringer i ellers gjeldende ansvars-, oppgave og ressursfordeling (høringsnotatets kapittel 17), besluttes omlegging av tjenestene (kapittel 18), beordring av personell (kapittel 19) og rekvirering av ressurser (kapittel 22). Med hjemmel i loven § 6-2 andre ledd er det også adgang til å gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning (kapittel 23).

Bruk av lovens omfattende fullmakter kan få stor betydning lokalt, regionalt og nasjonalt for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, personellet som arbeider i disse tjenestene, pasienter og brukere og befolkningen som sådan. Dette taler for at fullmaktsbestemmelsene bare bør kunne anvendes når strenge vilkår er oppfylt og at beslutningen om å anvende bestemmelsene bør treffes på høyt politisk nivå. Dette vil bidra til å sikre notoritet omkring beslutningen og legge til rette for at samfunnsmessige konsekvenser kan bli belyst, vurdert og avveid i et tverrsektorielt perspektiv.

Departementet foreslår derfor å videreføre lovens system med en «inngangsbestemmelse» som krever at nærmere bestemte vilkår må være oppfylt før fullmaktsbestemmelsene kan anvendes. Den konkrete anvendelsen av fullmaktsbestemmelsene må deretter skje innenfor de vilkårene og begrensningene som følger av den enkelte fullmaktsbestemmelsen.

Departementet foreslår at slik inngangsbestemmelse videreføres som § 1-5 i lovforslaget. Som det vil fremgå foreslår departementet at inngangsbestemmelsen fortsatt bør gis noe ulik utforming avhengig av om «riket er i krig eller når krig truer» eller «ved kriser eller katastrofer i fredstid».

16.4.2 Vilkår for å utløse lovens fullmaktsbestemmelser «når riket er i krig eller når krig truer»

16.4.2.1 «Når riket er i krig eller når krig truer»

Landets helse- og omsorgstjeneste er også forsvarets helse- og omsorgstjeneste. Det kan derfor være et åpenbart behov for å anvende helseberedskapslovens fullmakter i krigssituasjoner. Utløsningen av helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser *når riket er i krig eller når krig truer*, bidrar til å presisere den sivil sektorens ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til militær sektor. Slik sett vurderer departementet vilkårene i bestemmelsen som hensiktsmessige.

Departementet har vurdert om begrepet «væpnet angrep» bør erstatte begrepet «krig». Se redegjørelsen i punkt 16.3 om hvordan disse begrepene forstås. Departementet foreslår å beholde begrepet krig. Det skyldes at hverken «krig» eller «væpnet konflikt» er entydige begreper med klar avgrensning og at de langt på vei vil kunne anvendes om de samme situasjonene. Slik departementet ser det, vil det dermed ikke være noe å vinne på å endre en innarbeidet begrepsbruk.

Departementet har også vurdert om begrepet «sikkerhetspolitisk krise» bør erstatte dagens krigsbegrep, enten alene eller i kombinasjon med en videreføring av krigsbegrepet («sikkerhetspolitisk krise eller krig»). Departementet foreslår heller ingen endringer på dette punktet. Begrepet «sikkerhetspolitisk krise» vil normalt oppfattes som et videre begrep enn «krig». Innføring av et slikt begrep ville dermed utvide bestemmelsens anvendelsesområde noe, selv om lovens begrep «kriser eller katastrofer i fredstid» langt på vei omfatter sikkerhetspolitiske situasjoner eller hendelser som ikke vil være å anse som «krig» eller «væpnet angrep». Ved å benytte begrepet «sikkerhetspolitisk krise» samtidig som begrepet «kriser eller katastrofer i fredstid» snevres inn for å unngå overlappende regulering, vil færre beslutninger måtte treffes av Kongen i statsråd. Departementet mener at det ikke er ønskelig.

Departementet foreslår å videreføre begrepsbruken i gjeldende § 1-5 nr. 1, slik at også ny lovs fullmaktsbestemmelser får anvendelse «når riket er i krig eller når krig truer».

16.4.2.2 *Beslutningsmyndighet*

Situasjoner med krig eller hvor krig truer, vil åpenbart kunne få betydning for helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens evne til å sørge for nødvendige og forsvarlige tjenester til Forsvaret og befolkningen for øvrig. Det kan derfor være nødvendig raskt å beslutte omlegging av tjenesten, igangsette rekvirering eller iverksette beordring, uten å måtte avvente formell beslutning av Kongen eller Kongen i statsråd. Departementet ønsker derfor å videreføre en ordning som legger til rette for at fullmaktsbestemmelsene vil kunne tas i bruk så raskt som mulig i disse situasjonene.

Departementet foreslår derfor å videreføre gjeldende bestemmelse i § 1-5 nr. 1 om at lovens fullmaktsbestemmelser kan få anvendelse ved «krig eller når krig truer», uten krav om forutgående beslutning av Kongen eller Kongen i statsråd. Ved krise eller katastrofe i fredstid er det imidlertid krav om slik forutgående beslutning.

16.4.2.3 *Varighet*

Departementet foreslår å videreføre muligheten til å anvende fullmaktsbestemmelsene så lenge det foreligger en situasjon som kan betegnes som «krig eller når krig truer», jf. loven § 1-5 nr. 1.

Hvilke tiltak man til enhver tid velger å iverksette innenfor rammene av fullmaktsbestemmelsene vil variere over tid og basert på hva som til enhver tid vurderes nødvendig.

16.4.3 Vilkår for å utløse lovens fullmaktsbestemmelser ved «kriser eller katastrofer i fredstid»

16.4.3.1 «Ved kriser eller katastrofer i fredstid»

Etter § 1-5 nr. 2 vil fullmaktsbestemmelsene kunne anvendes i «krise eller katastrofe i fredstid». Se redegjørelsen for begrepet i punkt 16.3. Risikobildet innen både helseberedskap og totalberedskapen blir stadig mer komplekst, og sannsynligheten for raskt eskalerende og samtidige hendelser i hele krisespekteret er økende. For at samfunnet skal kunne håndtere et bredt spekter av behov, er vilkårene i loven § 1-5 innrettet slik at de kan favne de fleste scenarier.

Etter departementets vurdering, tar vilkårene for utløsning av fullmaktsbestemmelsene «ved krise eller katastrofe i fredstid» tilstrekkelig høyde for at man ikke vil kunne forutse alle tenkelige situasjoner og at det ikke vil være hensiktsmessig eller mulig å legaldefinere begrepene i loven. Departementet foreslår derfor å videreføre vilkåret i ny lov § 1-5 nr. 2.

Ved vurderingen av om vilkårene for å anvende fullmaktsbestemmelsene er oppfylt, må det til en viss grad også kunne legges vekt på hvor store konsekvenser det vil få dersom man ikke iverksetter tiltak som fullmaktsbestemmelsene åpner for. Dersom man fullt ut kan håndtere situasjonen på en forsvarlig måte ved å iverksette tiltak innenfor den ordinære tjeneste- og personellovgivningen, vil det ikke være adgang til å anvende fullmaktsbestemmelsene.

Situasjoner som ikke har sin opprinnelse i Norge, kan også anses som en «krise eller katastrofe i fredstid» i henhold til bestemmelsen. Dette gjelder for eksempel ved massiv pasientpågang eller massetilstrømming av flyktninger som følge av en atomulykke eller naturkatastrofe i et annet land. Hendelser i andre land vil også kunne påvirke de komplekse internasjonale verdi- og forsyningskjedene for blant annet legemidler, medisinsk-teknisk utstyr og personlig verneutstyr. For eksempel vil produksjonsstans i et eller flere land eller beslutninger om endrede leveranser, kunne få direkte betydning også i Norge. Under koronapandemien erfarte Norge også at det, på grunn av svært stor etterspørsel internasjonalt, ikke lenger var mulig å skaffe personlig smittevernutstyr i det omfanget man hadde behov for. Det vil rent faktisk kunne være vanskelig å motvirke eller påvirke forhold av betydning for produksjon eller leveranse i et annet land. Den endrede geopolitisk situasjonen i verden kan videre medføre at produkter Norge tidligere kunne kjøpe, heller selges til andre land. Også denne type situasjoner vil kunne oppfylle vilkåret om «krise eller katastrofe i fredstid». Det avgjørende vil være hvilke konsekvenser det som har skjedd faktisk får, eller ventes å ville få, for helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten i Norge - ikke om hendelsene har sin opprinnelse i Norge, våre naboland eller i andre deler av verden.

Departementet viser i den forbindelse også til vedtatte lovendringer som ble foreslått i Prop. 100 L (2023-2024) *Endringer i apotekloven og legemiddelloven (styrket legemiddelberedskap m.m., jf. nærmere omtale punkt 5.10 og kapittel 18*. Endringene er begrunnet med et behov for å kunne innføre tiltak som skal bidra til å styrke legemiddelberedskapen og legemiddeltilgangen i Norge utenfor krise og for å kunne ivareta mangelsituasjoner som faller utenfor helseberedskapsloven.

Departementet legger til grunn at også ny lov skal kunne anvendes når det er stor sannsynlighet for at en ekstraordinær krise eller katastrofesituasjon vil oppstå i nærmeste fremtid, og hvor konsekvensene for befolkningens liv og helse vil være meget alvorlige om situasjonen oppstår.

Dersom det er stor sannsynlighet for at en krise eller katastrofe vil inntreffe om kort tid, kan det være avgjørende raskt å iverksette forberedende tiltak for best mulig å kunne håndtere den ventede krisen eller katastrofen. Selv om man i en periode vil kunne håndtere for eksempel manglende leveranser av legemidler eller personlig verneutstyr ved hjelp av nasjonale lagre, vil det over tid kunne utvikle seg til en krise eller katastrofe dersom man ikke klarer å fylle opp lagrene. I slike situasjoner kan det være nødvendig tidlig å iverksette tiltak som rasjonering eller andre omsetningsrestriksjoner for å forsinke krisen, eller for å minske konsekvensene av krisen når den inntreffer.

Departementet mener at det bør fremgå tydelig av bestemmelsens ordlyd at fullmaktsbestemmelsene også kan utløses før en ventet krise eller katastrofe faktisk oppstår. Begrepet «ved kriser og katastrofer» i den gjeldende bestemmelsen kan isolert sett tyde på at terskelen ligger høyere enn det som følger av forarbeidene. Departementet foreslår derfor å tilføye i ny lov § 1-5 første ledd nr. 2 at fullmaktsbestemmelsene også kan anvendes ved kriser eller katastrofer i fredstid «som med stor sannsynlighet vil inntreffe i nærmeste fremtid.»

Lovens fullmaktsbestemmelser åpner for å iverksette omfattende og inngripende tiltak. Fullmaktsbestemmelsene bør derfor bare anvendes i situasjoner hvor det er stor sannsynlighet for at en krise eller katastrofe faktisk vil inntreffe. Kravet om sannsynlighet innebærer at det ikke er nødvendig med sikker kunnskap om at en krise eller katastrofe faktisk vil inntreffe. Det vil likevel kreves mer enn en rent teoretisk eller fjerntliggende sannsynlighet for at en hendelse vil kunne utvikle seg til å bli en krise eller katastrofe i Norge. Ved vurderingen må det imidlertid tas hensyn til at informasjonstilgangen ofte vil være både mangelfull og usikker ved oppstarten av det som kan utvikle seg til å bli en krise eller katastrofe i lovens forstand. Dette gjelder både hva som faktisk har skjedd og hvordan situasjonen vil kunne utvikle seg. Dette innebærer at det tidlig i et forløp ofte kan være vanskelig å vurdere om en krise eller katastrofe sannsynligvis vil inntreffe.

I vurderingen av om vilkårene for å anvende fullmaktsbestemmelsene er oppfylt, må det også tas hensyn til hvilke konsekvenser en krise eller katastrofe vil få for befolkningens liv og helse. Dersom det vil ha svært store og alvorlige konsekvensene for befolkningens liv og helse, vil vilkårene for å iverksette forberedende tiltak lettere være oppfylt.

Dersom man kan iverksette nødvendige forberedende tiltak innenfor den ordinære tjeneste- og personellovgivningen, vil det ikke være adgang til å anvende fullmaktsbestemmelsene.

En beslutning om at vilkårene for å anvende fullmaktsbestemmelsene er oppfylt, betyr kun at det er adgang til å iverksette tiltak i medhold av §§ 3-1, 4-1, 5-1, 5-2 og § 6-2. Om tiltak faktisk skal iverksettes, og nærmere utforming og avgrensning av tiltakene, må vurderes konkret.

Departementet har videre vurdert om det i loven bør tydeliggjøres hvilke hendelser eller konsekvenser bruk av fullmaktsbestemmelsene skal forhindre eller redusere. Gjeldende § 1-5 nr. 2 gir departementet myndighet til å beslutte foreløpig anvendelse av fullmaktsbestemmelsene dersom dette er «nødvendig for å sikre liv og helse», men presiserer ellers ikke formålet med tiltak. Til illustrasjon følger det av smittevernloven § 7-12 at Kongen kan gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold «for å trygge folkehelsen, og for at det kan settes inn tiltak til vern om befolkningen». Tilsvarende følger det av beredskapsloven § 3 første ledd at Kongen kan gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold «for å trygge (...) folkehelsen».

Når det skal tas stilling til om det foreligger en «krise eller katastrofe» i helseberedskapslovens forstand, vil imidlertid slike vurderinger ligge implisitt. Det er situasjoner av ekstraordinær karakter hvor det akutte hjelpebehovet ikke kan dekkes av tilgjengelige ressurser, ordinære ansvars- og styringsforhold ikke strekker til, og hvor det derfor kan være nødvendig å legge om tjenestene, endre ansvarsforhold eller tilføre ressurser. Det fremgår videre av de enkelte fullmaktsbestemmelsene at hendelsens omfang og konsekvenser for liv, helse og velferd vil være avgjørende for om tiltak skal iverksettes. Lovens formålsbestemmelse angir også hvilke hendelser eller konsekvenser loven skal redusere eller forhindre. Dette vil selvsagt også gjelde for anvendelse av lovens fullmaktsbestemmelser. Dette taler for at det ikke er behov for å tydeliggjøre formålet med å utløse anvendelsen av fullmaktsbestemmelsene i loven § 1-5.

Departementet mener likevel det vil være hensiktsmessig å knytte anvendelse av lovens fullmaktsbestemmelser tettere opp mot lovens formål. Dette vil tydeliggjøre hvilke hensyn som ligger bak fullmaktsbestemmelsene, i hvilke situasjoner det kan være aktuelt å anvende bestemmelsene og hvilke overordnede mål som skal gjelde ved anvendelse av bestemmelsene. Departementet foreslår derfor å presisere at lovens fullmaktsbestemmelser skal kunne anvendes når dette er «nødvendig for å ivareta lovens formål». Se punkt 11.2.3 hvor departementet foreslår å endre lovens formålsbestemmelse for tydeligere å beskrive lovens fulle formål.

16.4.3.2 *Beslutningsmyndighet*

Kongen beslutter om fullmaktsbestemmelsene kan anvendes i kriser eller katastrofer i fredstid. Hvis liv og helse avhenger av at en slik beslutning treffes raskt, kan departementet treffe foreløpig beslutning om at bestemmelsene skal få anvendelse. En foreløpig beslutning truffet av departementet må i så fall bekreftes av Kongen så snart som mulig. Beslutningen innebærer at det kan treffes beslutninger med hjemmel i fullmaktsbestemmelsene. Om det skal iverksettes tiltak etter de ulike fullmaktsbestemmelsene, og hva tiltakene eventuelt skal gå ut på, bestemmes av departementet eller den som har fått delegert myndigheten.

Kompetansen kan delegeres videre fordi myndighet er tillagt «Kongen». I dag kan derfor Kongen i statsråd delegere myndigheten til å utløse fullmaktsbestemmelsene til et departement eller direktorat. Selv om kompetansen delegeres, kan Grunnloven § 28 medføre at beslutningen likevel må fattes av Kongen i statsråd. Grunnloven § 28 skal sikre

at hele regjeringen står bak viktige avgjørelser. Statsrådsbehandling vil i større grad også medføre at Stortinget kan føre kontroll med viktige forvaltningsavgjørelser.

Om en sak er en «sak av viktighet» krever en konkret og skjønnsmessig vurdering. Det er blant annet relevant å vektlegge hvem avgjørelsen berører, om den innebærer et inngrep i privates personlige eller økonomiske sfære, om avgjørelsen har virkning lokalt, regionalt eller nasjonalt og om saken er politisk omdiskutert eller om det er tverrpolitisk enighet. Terskelen for at en sak er «av viktighet» er høy. Regjeringen har et betydelig skjønnssrom i vurderingen. I sikkerhetspolitisk krise eller krig vil vurderingen av hva som anses som en sak av viktighet kunne bli annerledes, sammenlignet med situasjonen i fredstid. Se punkt 8.3.3 for en nærmere redegjørelse for Grunnloven § 28.

Departementet har vurdert om myndigheten til å beslutte at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes ved «kriser og katastrofer i fredstid» fortsatt skal legges til Kongen, eller om myndigheten heller bør legges til Kongen i statsråd.

Dersom det besluttes at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes ved krise eller katastrofer i fredstid, vil departementet (og arbeidsgiver, jf. § 4-1) kunne beslutte endringer i ellers gjeldende ansvars-, oppgave og ressursfordeling, beslutte omlegging av tjenestene, beordre personell og rekvirere ressurser. Med hjemmel i loven § 6-2 andre ledd er det også adgang til å «gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning». Dette er omfattende fullmakter som kan få stor betydning lokalt, regionalt og nasjonalt for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, personellet som arbeider i disse tjenestene, pasienter og brukere og befolkningen som sådan. Det er viktig sikre notoritet omkring beslutningen og legge til rette for at samfunnsmessige konsekvenser kan bli belyst, vurdert og avveid i et tverrsektorielt perspektiv. Dette taler for at fullmaktsbestemmelsene bare bør kunne anvendes når strenge vilkår er oppfylt og at en beslutning bør treffes på høyt politisk nivå.

Departementet foreslår derfor i ny lov § 1-5 nr. 2 å flytte myndigheten til å beslutte anvendelse av fullmaktsbestemmelsene ved «kriser og katastrofer i fredstid» fra Kongen til Kongen i statsråd. Dette vil sikre at hele regjeringen står bak avgjørelsen og at Stortinget bedre kan føre kontroll med slike viktige forvaltningsavgjørelser.

Departementet også vurdert om departementets myndighet etter gjeldende § 1-5 nr. 2 til i akutte situasjoner å treffe en foreløpig beslutning om å utløse fullmaktsbestemmelsene, bør videreføres. En slik beslutning må senere bekreftes av Kongen. foreslår Departementet foreslår å oppheve denne ordningen, med samme begrunnelse som ovenfor. Beslutning om at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes er så prinsipiell og viktig at den bør treffes på høyt politisk nivå. Erfaringer fra koronapandemien viser også at beslutninger av Kongen i statsråd vil kunne treffes svært raskt, eventuelt ved avholdelse av ekstraordinært statsråd.

Departementet viser også til at den ordinære helse- og omsorgstjenestelovgivningen tar høyde for ytelse av helse- og omsorgstjenester i normalsituasjoner i form av planlagte tjenester, akutte tjenester ved ulykker og ved uforutsette hendelser i form av større og mindre «sivile» kriser, jf. redegjørelse i punkt 5.2. Utover arbeidsgivers normale virkemidler som overtid og omdisponering av ressurser, gir den ordinære helse- og

omsorgstjenestelovgivningen også enkelte andre hjemler ved ulykker og andre akutte situasjoner. Dette regelverket gir derfor langt på vei nødvendige hjemler til å håndtere kriser og katastrofer på en forsvarlig måte i påvente av en vurdering og eventuell beslutning av Kongen i statsråd.

16.4.3.3 Varighet

Etter gjeldende § 1-5 nr. 2 kan en beslutning om at fullmaktsbestemmelsene skal få anvendelse gis for et begrenset tidsrom og maksimalt gis én måned. Beslutningen kan imidlertid gjentas for inntil én måned og det er ikke satt noen begrensninger i antall ganger beslutningen kan gjentas.

Departementet foreslår å videreføre ordningen med at Kongen i statsråd bare kan beslutte utløsning av fullmaktsbestemmelsene for en begrenset tidsperiode. Helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser åpner for omfattende og inngripende beslutninger som kan få stor betydning for tjenestene og befolkningen som sådan. Det er derfor viktig at vilkårene vurderes i en kongelig resolusjon og at det løpende og med jevne mellomrom må vurderes om vilkårene for å kunne anvende fullmaktene fortsatt er oppfylt. Dette vil være viktig både for demokratisk og parlamentarisk kontroll med forvaltningen.

Departementet har vurdert om den perioden som fullmaktsbestemmelsene kan være utløst for etter beslutning av Kongen i statsråd, bør forlenges noe.

Muligheten til å beslutte omfattende og inngripende tiltak med hjemmel i fullmaktsbestemmelsene taler for at en beslutning om å kunne anvende fullmaktsbestemmelsene ikke bør gis for lang varighet av gangen. På den annen side, er erfaringen fra håndteringen av koronapandemien at månedlige forlengelser av lovens fullmaktsbestemmelser i gitte situasjoner kan fremstå som lite hensiktsmessig. Lovens fullmaktsbestemmelser var utløst sammenhengene i litt over to år under koronapandemien som følge av at det månedlig ble fremmet og behandlet en kongelig resolusjon om dette. I situasjoner hvor det er et åpenbart behov for å ha fullmaktsbestemmelsene utløst i overskuelig fremtid, og i situasjoner hvor det heller ikke er mulig å si med sikkerhet hvordan situasjonen vil utvikle seg de neste månedene, kan det fremstå som unødige ressurskrevende å skulle fremme månedlige resolusjoner. En slik ordning vil beslaglegge ressurser hos underliggende etater, embetsverk og politisk ledelse. I langvarig og alvorlige kriser er det nødvendig å vurdere hva som er mest hensiktsmessig bruk av slike ressurser.

Departementer foreslår derfor i ny lov § 1-5 nr. 2 å forlenge den perioden som fullmaktsbestemmelsen kan anvendes etter beslutning av Kongen i statsråd fra én til tre måneder. Departementet legger også til grunn at det fortsatt ikke bør gjelde begrensninger i antall ganger beslutningen kan gjentas. Slik departementet vurderer det, vil en slik forlengelse fra én til tre måneder fortsatt ivareta behovet for demokratisk og parlamentarisk kontroll med forvaltningen på en god måte. Departementet vil i kongelig resolusjon måtte beskrive og begrunne at vilkårene for å anvende fullmaktsbestemmelsene er oppfylt. Likedan må det løpende vurderes om situasjonen i løpet av en tre måneders periode endrer seg slik at vilkårene ikke lenger anses for oppfylt.

17 Endringer i den normale ansvars-, oppgave- og ressursfordelingen

17.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet å videreføre fullmaktshjemlene for beslutninger om endringer i den normale ansvars-, oppgave- og ressursfordelingen etter gjeldende helseberedskapslov § 5-1 som § 5-1 i forslag til ny lov

17.2 Innledning

I dette kapittelet drøftes fullmaktshjemlene knyttet til beslutninger om endringer i den normale ansvars-, oppgave- og ressursfordelingen, jf. gjeldende § 5-1. Hjemlene kan benyttes av departementet, Kongen og i noe grad arbeidsgiver når vilkårene etter gjeldende § 1-5 nr. 1 eller nr. 2 er oppfylt, se høringsnotatets kapittel 16.

I kapitlene 18, 19 og 22 drøftes fullmaktshjemlene for beslutninger om henholdsvis omlegging av tjenestene og omsetningsrestriksjoner, tjenesteplikt og beordring og rekvisisjon. Fullmaktshjemlene må også sees i sammenheng med adgangen til å fravike gjeldende lov (derogasjon) etter helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd, som drøftes i kapittel 23.

17.3 Gjeldende rett

For å sikre befolkningen nødvendige helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester ved kriser eller katastrofer og under krig, kan det være nødvendig å innrette tjenestetilbud uavhengig av den ansvars- og oppgavefordelingen som normalt gjelder mellom kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten. Helseberedskapsloven § 5-1 gir departementet mulighet til å gjennomføre en helhetlig og samlet innsats og koordinering av helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.

Bestemmelsen lyder:

«§ 5-1 Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet pålegge en eller flere virksomheter som omfattes av loven å ta imot og å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester til personer, uten hensyn til hvor disse bor eller oppholder seg. Departementet kan videre bestemme at en slik virksomhets ressurser innen helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten, herunder personellressurser, skal stilles til rådighet for en kommune, en fylkeskommune, et regionalt helseforetak eller staten.»

Som redegjort for i høringsnotatets punkt 5.2, er det i tjenestelovgivningen fastsatt regler om gjensidig bistandsplikt for kommuner og regionale helseforetak ved ulykker og andre akutte situasjoner. Departementet kan også på nærmere vilkår pålegge samarbeid mellom kommuner. Helseberedskapsloven § 5-1 tar sikte på situasjoner hvor tjenestelovgivningens regulering for normalsituasjonene ikke er tilstrekkelig til å sikre en helhetlig og samlet innsats og koordinering av tjenestene. Når riket er i krig, når krig

truer, eller ved kriser og katastrofer i fredstid, kan departementet med hjemmel i denne bestemmelsen pålegge virksomheter å ta imot og å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester til personer som virksomheten ellers ikke har plikt til å motta eller å yte tjenester til.

Som eksempel kan det besluttes at en kommune skal ta imot og yte tjenester til pasienter eller brukere fra en nabokommune. Det kan også besluttes omfordeling av ressurser, for eksempel i form av at relevant personell i en kommune skal stilles til rådighet for en nabokommune, mot at denne skal sørge for å yte tjenester til begge kommunenes innbyggere.

Et annet eksempel kan være at departementet beslutter at helsepersonell innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal stilles til rådighet for et regionalt helseforetak. Departementet kan videre beslutte at enkelte tjenester som normalt ytes av spesialisthelsetjenesten skal ytes av en eller flere kommuner for en periode, for eksempel alle kommuner i helseregionen.

Når det fattes beslutninger etter loven § 5-1, kan det samtidig være aktuelt med hjemmel i § 4-1 første ledd andre punktum å pålegge personell i virksomheter som loven omfatter å møte frem på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen andre virksomheter. Se vurdering av dette i høringsnotatets kapittel 19.

17.4 Departementets vurderinger og forslag

17.4.1 Videreføring av fullmaktsbestemmelse som gir adgang til endret ansvars-, oppgave- og ressursfordeling

Som redegjort for i punkt 5.2 og 5.12 er utgangspunktet at kommune, fylkeskommune, regionale helseforetak og staten selv skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester også ved mindre kriser.

Departementet legger til grunn at det generelt bør vises tilbakeholdenhet med beslutninger som endrer de alminnelige prinsippene for styring og ansvars- og oppgavefordeling innenfor helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.

Ved krig eller ved alvorlige kriser eller katastrofer i fredstid kan det likevel være behov for å samarbeide og koordinere den samlede ressursinnsatsen utover det som den ordinære lovgivningen åpner for. Dette vil særlig gjelde ved kriser og katastrofer som omfatter flere kommuner og fylker eller hele landet. Det kan også gjelde hvor den enkelte kommune eller sykehus ikke kan forventes å håndtere situasjonen på egenhånd. Samarbeid og koordinering vil i slike situasjoner være viktig for å vurdere krisen og innsatsbehovet helhetlig, for å effektivisere tjenesteinnsatsen og for å gjøre nødvendige prioriteringer. Det kan også være behov for å disponere de samlede ressursene i form av materiell og personell på tvers av kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak, staten og private virksomheter og aktører som omfattes av loven. Private, frivillige eller ideelle virksomheter utgjør en stor og viktig ressurs som det vil være viktig å kunne benytte ved

krig, kriser og katastrofer. Departementet viser til kapittel 11.5 om hvilket personell loven gjelder for.

Departementet mener på denne bakgrunnen at det er nødvendig å ha hjemler til, ved krig eller ved alvorlige kriser eller katastrofer i fredstid, å samle det utøvende ledelsesansvaret for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten på ett nivå for å sikre en nasjonal, helhetlig styring av de samlede ressurser som er til rådighet.

Uten slike hjemler vil ikke noen av tjenestenivåene kunne gis myndighet til å koordinere og gjennomføre en helhetlig og samlet innsats av tjenestenes ulike bidrag ved kriser, katastrofer eller krig. Helseberedskapsloven § 5-1 gir adgang til å disponere ressurser på tvers av kommuner, fylkeskommuner og helseforetak. Bestemmelsen gir også hjemmel til å kunne tillempe ansvaret for de ulike oppgavene innen helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, på tvers av kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Bestemmelsen åpner for eksempel for at staten kan beslutte at ett helseforetak skal ta hovedansvaret for å yte spesialisthelsetjenester ved en konkret krise eller katastrofe, herunder beslutte at øvrige pasienter skal fordeles til andre helseforetak innenfor helseregionen eller i andre helseregioner. Dette vil bidra til å sikre at de samlede ressursene blir brukt på den mest effektive måte.

Det kan oppstå hendelser ut over det som kan betegnes som mindre eller større ulykker, og som har så store konsekvenser at den enkelte kommune, fylkeskommune, helseforetak eller helseregion ikke vil kunne håndtere den på egen hånd. Hendelsens størrelse, omfang og konsekvenser for liv, helse og velferd vil være avgjørende for om det blir behov for overordnet ledelse på tvers av ellers gjeldende ansvar- og oppgaveplassering.

En bestemmelse som gir den sentrale helse-, omsorgs- og sosialforvaltningen rett og plikt til å ta ansvar for en samlet og enhetlig ledelse av helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten ved kriser og katastrofer, vil særlig kunne være aktuelt å benytte ved hendelser som berører flere kommuner eller fylkeskommuner og som også påvirker statens plikt til å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester. Det vil her være behov for tydelige hjemler til å fatte beslutninger om den samlede ressursbruken på tvers av den ordinære ansvars- og oppgaveplasseringen.

Et eksempel på hendelse som har den intensiteten og omfanget at samlet og helhetlig ledelse på tvers av kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og stat er nødvendig, kan være en atomulykke med radioaktivt nedfall med behov for å evakuere befolkningen i en eller flere kommuner. Det kan i så fall være nødvendig å evakuere befolkningen til andre deler av landet for at de kan motta helse- og omsorgstjenester der. Eksempel på andre hendelser som kan være like alvorlig for liv og helse er langvarig svikt i vann-, varme- og strømtilførsel, langvarige forsyningskriser av legemidler eller smittevernsutstyr eller sabotasjehandlinger som påvirker helse- og omsorgstjenestens evne til å yte nødvendige og forsvarlige tjenester. Massetilstrømming av ikke-vaksinerte flyktninger, masseforgiftningssituasjoner, naturkatastrofer med et høyt antall personskader, epidemisk eller pandemisk utbrudd av allmennfarlig smittsomme sykdommer, kan også være slike eksempler.

Departementet mener derfor at en hjemmel som gir den sentrale helse-, omsorgs- og sosialforvaltning rett og plikt til å ta ansvar for en samlet og enhetlig ledelse av helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten ved krig og kriser og katastrofer i fredstid, bør videreføres. Slik regulering må fortsatt gi myndighet til å kunne bestemme hvem det er som skal gjøre hva, herunder bestemme hvem som skal ha den utøvende ledelsen av innsatsen. Det utøvende ledelsesansvaret må fortsatt være klart plassert slik at det ikke oppstår tvil innenfor den sentrale helse-, omsorgs- og sosialforvaltning eller hos samarbeidende aktører, hvor dette ansvaret ligger.

Departementet foreslår derfor å videreføre departementets hjemmel i helseberedskapsloven § 5-1 til å pålegge kommuner, fylkeskommuner, statlige tjenesteleverandører, private virksomheter og andre aktører som fremgår av lovforslagets virkeområdebestemmelse i § 1-3 å:

- ta imot og gi nødvendig helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester til personer uten hensyn til hvor disse bor eller oppholder seg.
- stille sine ressurser innen helse- og omsorgstjenester og sosialtjenesten, herunder personellressurser, til rådighet for en kommune, en fylkeskommune, et regionalt helseforetak eller staten.

Forslaget innebærer at departementet kan bestemme hvilket ansvar og hvilke oppgaver de enkelte helseforetakene, kommunene og fylkeskommunene skal ivareta under krisehåndteringen. Ved at bestemmelsen får anvendelse for alle virksomheter loven gjelder for etter lovforslagets § 1-3, vil dette også gjelde overfor private virksomheter og aktører. I punkt 17.4.2 vurderes om myndigheten bør flyttes fra departementet til Kongen eller Kongen i statsråd.

Bestemmelsen må sees i sammenheng med gjeldende § 5-2 første punktum, hvor departementet er gitt myndighet til å «pålegge virksomheter som omfattes av loven helt eller delvis å legge om driften, utvide driften eller flytte virksomheten». Ofte vil det være nødvendig å anvende begge disse bestemmelsene for å gjennomføre ønskede endringer i den ordinære ansvars-, oppgave- og ressursfordeling. Anvendelse av § 5-1 må av samme grunn sees i sammenheng med loven § 4-1 første ledd andre punktum om pålegg til personell om å møte frem på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen andre virksomheter som er omfattet av loven.

17.4.2 Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen

Når vilkårene etter § 1-5 er oppfylt, enten på grunn av situasjonen i seg selv (krig eller krig truer) eller etter beslutning av Kongen i statsråd (kriser og katastrofer i fredstid), må det vurderes hvem som skal ha myndighet til å *anvende* fullmaktene etter § 5-1.

Departementet har vurdert om myndighet til å anvende fullmaktene etter bestemmelsen fortsatt bør ligge til departementet, eller om myndigheten bør flyttes til Kongen eller Kongen i statsråd.

Det som kjennetegner håndteringen av alvorlige eller større kriser, er at det vil være nødvendig med en lang rekke beslutninger av både strategisk og operasjonell art. Dette kan gjelde beslutninger som retter seg mot eller har betydning for en eller flere

forvaltningsnivåer, sektorer eller deler av de ulike tjenestene. Behovet for antall beslutninger og graden av hast knyttet til beslutningene, vil naturlig nok kunne variere med krisens omfang og alvorlighet, samt også variere gjennom krisens ulike faser.

Selv om man forholdsvis raskt vil kunne gjennomføre behandling i statsråd eller ekstraordinært statsråd, vil dette naturlig nok ta noe lengre tid enn å treffe beslutninger i et departement. Hurtighet i beslutninger vil ofte være avgjørende for en best mulig håndtering av en krise. Løpende beslutninger om håndtering av en ventet eller pågående krise vil ofte også være av operasjonell art eller gjelde beslutninger på et svært detaljert eller utpreget fagspesifikt nivå. Det kan diskuteres om regjeringen som kollegium bør bruke sin tid på denne type beslutninger.

Også ansvarsprinsippet, likhetsprinsippet og nærhetsprinsippet taler for at beslutningsmyndigheten bør legges til departementet fremfor Kongen eller Kongen i statsråd. Departementet har det konstitusjonelle ansvaret for beredskapsarbeid innenfor sitt ansvarsområde, herunder ansvar for beredskapsplanlegging og -forberedelse. Den organisasjonen og det personellet som har ansvaret i normalsituasjoner, er som regel de som best vil kunne ivareta ansvaret også i krise. Det vil også være effektivt å benytte de samme styringslinjene og samarbeidspartnerne i kriser som i en normalsituasjon.

På den annen side, vil kriser direkte eller indirekte kunne berøre flere sektorer enn helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Krisen, og håndteringen av den, vil dermed kunne gjøre det nødvendig å iverksette omfattende og inngripende tiltak på tvers av forvaltningsnivåer, på tvers av kommune- og fylkeskommunegrenser og på tvers av den oppgave- og ansvarsfordelingen som er lovfestet for normalsituasjonen. Det kan også være nødvendig å iverksette tiltak i form av fordeling og prioritering av personellressurser. Slike tiltak kan med andre ord få store samfunnsmessige konsekvenser på mange sektorer. Dersom beslutningsmyndigheten legges til Kongen eller Kongen i statsråd, kan det gi bedre forutsetninger for bredere og mer helhetlige vurderinger av krisens samlede samfunnsmessige konsekvenser.

Departementet viser imidlertid til at før *anvendelse* av fullmaktshjemlene, skal som hovedregel beslutningen om at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes treffes av Kongen i statsråd, jf. kapittel 16. Departementet vil i foredraget til statsråd måtte beskrive krisen og synliggjøre at vilkårene for å anvende fullmaktshjemmelen er oppfylt. Dette vil sikre involvering av hele regjeringen, hvor de ulike departementenes synspunkter vil fremkomme. Departementet viser også til at selv om myndighet til å anvende fullmaktshjemlene legges til et departement, vil det forut for beslutninger normalt være prosess mot andre berørte departementer eller også behandling i regjeringen. Også dette vil bidra til å sikre helhetlige vurderinger av krisens samlede samfunnsmessige konsekvenser forut for beslutningen om å anvende fullmaktshjemmelen.

På denne bakgrunnen foreslår departementet å videreføre dagens ordning hvor myndigheten til å anvende fullmaktsbestemmelsen i gjeldende § 5-1 er lagt til departementet.

I tråd med vanlig delegasjonslære innebærer dette at departementet kan delegere sin myndighet til underliggende etat, og da mest nærliggende Helsedirektoratet. Ved håndtering av en alvorlig helsekrise vil det være behov for en lang rekke beslutninger av operativ eller helsefaglig art. Helsedirektoratets helsefaglige kompetanse og nærhet og kjennskap til den utøvende tjenesten innebærer at direktoratet har gode forutsetninger for å fatte denne type beslutninger.

Hvorvidt det skal skje slik delegasjon, og omfanget av den, må imidlertid vurderes konkret i den foreliggende krisen. Bestemmelsen skal sikre nasjonal prioritering og styring av hele helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten i situasjoner som etter sin art krever dette. Behovet for tett koordinering med andre sektorer på regjeringsnivå forut for beslutninger om håndtering av alvorlige kriser som pandemier, alvorlige atomulykker eller krig kan tale for at delegasjon vil være mindre hensiktsmessig. Departementet viser også til den nye modellen for helseberedskap som nå er implementert, jf. punkt 3.3 og punkt 4.10. Modellen bygger på at departementet i fremtidige helsekriser skal ha en sterkere og tydeligere rolle i krisehåndteringen og at det tverrsektorielle samarbeidet både før og under kriser må styrkes. Delegasjon kan dermed i større grad være aktuelt å vurdere for operative og «tjenestenære» beslutninger knyttet til krisehåndteringen, enn beslutninger av mer overordnet strategisk eller prinsipiell art eller beslutninger av utpreget politisk art. Vurderinger og anbefalinger fra Helsedirektoratet og andre underliggende etater vil imidlertid uansett være sentrale i departementets beslutningsgrunnlag.

Grunnloven § 28 setter grenser for hvilke typer beslutninger Kongen i statsråd kan overlate eller delegere til et departement.

18 Omlegging av tjenesten – omsetningsrestriksjoner

18.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet å videreføre fullmaktshjemlene i gjeldende lov § 5-2 om omlegging av tjenester og omsetningsrestriksjoner og 5-3 om forberedende tiltak før slike endringer eller restriksjoner besluttet. Bestemmelsene videreføres i ny lov §§ 6-1 og 6-2.

18.2 Innledning

I dette kapittelet drøftes fullmaktshjemlene for omlegging av driften for virksomheter og restriksjoner på omsetning etter gjeldende §§ 5-2 og 5-3. Kapittelet bør særlig sees i sammenheng med kapittel 17, hvor lovens fullmaktshjemler til å endre ellers gjeldende ansvars-, oppgave- og ressursfordeling drøftes. I kapittel 19 drøftes fullmaktshjemlene knyttet til beslutninger om tjenesteplikt og beordring og i kapittel 22 drøftes fullmaktshjemlene knyttet til beslutninger om rekvisisjon. Fullmaktshjemlene må også sees i sammenheng med adgangen til å fravike gjeldende lov (derogasjon) etter helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd, som drøftes i kapittel 23.

18.3 Gjeldende rett

18.3.1 Omlegging av tjenester og omsetningsrestriksjoner etter § 5-2

Bestemmelsen lyder:

«§ 5-2 Omlegging og omsetningsrestriksjoner

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet pålegge virksomheter som omfattes av loven helt eller delvis å legge om driften, utvide driften eller flytte virksomheten. Virksomheter som omfattes av § 1-3 første ledd bokstav g, h og i, kan på samme vilkår pålegges å innføre restriksjoner på omsetningen og rasjonere sine varer.»

Bestemmelsen vil særlig være aktuell for helse- og omsorgstjenesten, men også andre virksomheter kan bli pålagt tiltak.

I en beredskapssituasjon må helse- og omsorgstjenesten være forberedt på å ta imot et betydelig større antall skadde enn normalt. Ved krig må den sivile helse- og omsorgstjenesten behandle skadde fra Forsvaret og en krigsskadet sivilbefolkning, i tillegg til å yte de tjenestene som normalt ytes. Også ved kriser eller katastrofer i fredstid kan antallet syke og skadde bli betydelig høyere enn ved normalsituasjonen. Utover den kapasiteten som ligger i tjenestenes innebygde fleksibilitet til å håndtere økt pasient- og brukerpågang innenfor «normalvariasjonene», er det ingen ledig kapasitet i helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten som vil kunne håndtere et slikt økt behov. I slike situasjoner med plutselige behovsendringer kan blant annet det normale antall sykehus- eller sykehjemsplasser være utilstrekkelig for å møte behovet. Det vil derfor være nødvendig å kunne utvide og legge om driften for å kunne ta imot flere pasienter og for å

kunne yte helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester på en annen måte enn i normalsituasjonen.

Med *omlegging av driften* tenkes særlig på beslutninger som innebærer at virksomheten for en periode skal ned- eller bortprioritere deler av de tjenestene som virksomheten normalt skal sørge for. Innenfor helse- og omsorgstjenesten kan dette typisk innebære at helse- og omsorgstjenester som kan vente, utsettes. Slik omlegging av tjenesten vil gjøre det mulig å øke kapasiteten. Omlegging av driften kan også skje i form av organisatoriske og bemanningsmessige endringer som gir bedre kapasitet til å yte den type tjenester som den foreliggende krisen skaper økt behov for. Under koronapandemien var det for eksempel stort behov for intensivplasser og intensivpersonell.

Med *utvidelse av driften* tenkes det særlig på beslutninger som setter tjenesten i stand til å behandle et større antall pasienter eller brukere sammenlignet med normalsituasjonen. Dette kan for eksempel skje ved utvidede åpningstider eller at tilleggsarealer tas i bruk for å få plass til økt pasienttilgang. Beslutning om utvidelse av driften må sees i nær sammenheng med tilgang til kompetent personell, omtalt i kapittel 19, samt adgangen til å benytte seg av medhjelpere, omtalt i kapittel 25.

Det er også adgang til å pålegge *flytting av virksomheten*. I mange situasjoner kan det være mer nærliggende å flytte pasienter til andre sykehus og virksomheter med hjemmel i § 5-1, fremfor å flytte selve virksomheten med hjemmel i loven § 5-2. Dersom en virksomhet eller institusjon blir skadet eller må evakueres, kan det imidlertid bli nødvendig å flytte den helt eller delvis. Dette kan for eksempel skje ved at materiell og personell fra et sykehus flyttes til et annet sykehus eller inn i andre egnede lokaler. Den virksomheten som flytter vil fortsatt ha ansvaret for å gjennomføre de oppgavene som ligger til virksomheten.

Omlegging av driften kan pålegges alle virksomheter som omfattes av loven.

Pålegg om *omsetningsrestriksjoner og rasjonering* etter bestemmelsens andre punktum, vil imidlertid bare gjelde overfor vannverk (§ 1-3 første ledd bokstav g), apotek, grossister og tilvirkere av legemidler (bokstav h) og bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr (bokstav i). Dette er virksomheter som tilvirker eller omsetter livsviktige varer, som det kan bli knapphet på ved en krise. Det kan for eksempel bli aktuelt å rasjonere legemidler for at tilgjengeligheten skal vare lenger i påvente av nye forsyninger. Et annet eksempel på omsetningsrestriksjoner kan være å forby ressurskrevende prøver og undersøkelser som ikke er strengt nødvendige eller som ikke har en klar påviselig nytteeffekt. Rent vann er helt vesentlig for befolkningen i en beredskapssituasjon, og kan derfor også omfattes av mulige omsetningsrestriksjoner.

Medisinsk utstyr omfatter nesten 500 000 ulike typer produkter. En stor andel av disse er helt nødvendige for at helse- og omsorgstjenesten kan yte helsehjelp. Verdikjedene for medisinsk utstyr er både komplekse og ressurskrevende. En økt etterspørsel vil derfor ikke automatisk medføre umiddelbar økning i produksjon og tilgang. Det er derfor ikke slik at markedet automatisk innretter seg og kan dekke store økninger i etterspørsel. Under pandemien brøt eksempelvis markedet for smittevernutstyr sammen og den globale

etterspørselen kunne ikke dekkes. EU innførte eksportrestriksjoner fordi tilgangen var prekær. Tilgangen til tester var over lange perioder svært krevende. I tillegg opplevde vi mangel på flere typer medisinsk utstyr til store pasientgrupper som diabetikere og stomipasienter. Det å kunne fordele et begrenset volum av kritisk medisinsk utstyr slik at pasientgrupper med størst behov sikres nødvendig helsehjelp er en forutsetning for god helseberedskap.

Ved midlertidig lov 26. mai 2020 nr. 45 om endringer i helseberedskapsloven (endringer for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19), ble derfor § 5-2 andre ledd endret slik at omsetningsrestriksjoner og rasjonering også kunne pålegges virksomheter som departementet med hjemmel i § 1-3 andre ledd hadde bestemt skulle være omfattet av loven. Dette gjorde det mulig å innføre bestemmelser om meldeplikt ved og forbud mot parallelltransport, rasjonering og prioritering av medisinsk utstyr og personlig verneutstyr. Hjemmelen ble forlenget flere ganger og opphørte 1. juli 2023. I Prop. 127 L (2022-2023) *Endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven (isolering og smittekarantene m.m.)* foreslo departementet at den adgang som de midlertidige reglene ivaretok, ble erstattet med permanent lovregulering. Stortinget sluttet seg til forslaget i proposisjonen, jf. Innst. 111 L (2023-2024), og vedtok å lovfeste at «bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr» skulle være omfattet av loven, jf. gjeldende § 1-3 første ledd bokstav i. Videre vedtok Stortinget endringer av loven § 5-2 andre punktum slik at man med hjemmel i denne bestemmelsen skulle kunne pålegge også disse virksomhetene å innføre omsetningsrestriksjoner og rasjonering av sine varer.

Omsetningsrestriksjoner knyttet til eksport av medisinsk utstyr er underlagt krav i EØS-retten og WTO-retten. Bruken av et slikt tiltak innenfor helseberedskapslovens rammer vil omfattes av unntak i EØS-avtalen artikkel 13 og GATTs 1994 artikkel XX, men må alltid vurderes konkret. For ytterligere redegjørelse for forholdet til EØS- og WTO-retten viser departementet til redegjørelsen i Prop. 127 L (2022-2023) punkt 5.2.4.

Departementet forskriftsfestet 30. april 2024 i helseberedskapsforskriften § 8 a at kommune, fylkeskommune og regionalt helseforetak skal sørge for å beredskapslagre tre måneders normalforbruk av personlig verneutstyr. Plikten trer i kraft 1. januar 2026 og gjelder hansker, munnbind, åndedrettsvern, smittefrakk eller heldekkende drakt, samt briller eller visir. Lagrene for normalforbruk er ment som en førstelinjeberedskap inntil leveranser fra det nasjonale beredskapslageret for pandemisituasjoner kan nå ut.

18.3.2 Forberedende tiltak etter § 5-3

Bestemmelsen lyder:

«§ 5-3 *Forberedende tiltak med sikte på omlegging og omsetningsrestriksjoner*

For å kunne gjennomføre tiltak etter § 5-2, kan departementet pålegge virksomhetene å utføre nærmere bestemte forberedelser.»

Forberedende tiltak med sikte på omsetningsrestriksjoner kan for eksempel være at myndighetene gis innsyn i lagerstatus hos markedsaktører som apotek, grossister eller tilvirkere, for å kunne vurdere den totale tilgangen til medisinsk utstyr. Dette er kunnskap

som kan være nødvendig for å vurdere hvilken type omsetningsrestriksjon som er best egnet for å sikre tilgangen.

Det følger av helseberedskapsloven § 2-2 at de fleste virksomheter som er omfattet av loven skal utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Dette fremgår enten uttrykkelig av loven eller ved at departementet ved forskrift kan pålegge slik plikt for virksomheter som ikke uttrykkelig er pålagt slik plikt i loven. Omfanget av, og det nærmere innhold i planplikten, følger av helseberedskapsforskriften.

Med forberedende tiltak etter helseberedskapsloven § 5-3 menes noe mer enn den alminnelige planplikten etter § 2-2. Etter § 5-3 kan departementet pålegge en eller flere virksomheter loven omfatter, konkrete tiltak for å sikre en rask og effektiv gjennomføring av omlegging av tjenestene eller innføring av omsetningsrestriksjoner eller rasjonering. Som eksempel kan departementet gi pålegg om tilgang til lagerhold for å få informasjon om når man bør innføre omsetningsrestriksjoner, og i så fall for hvilke varer.

Gjennomføring av de fleste slike tiltak vil kreve til dels omfattende planlegging og forberedelser. Generelt må virksomhetene vite hvem som skal utføre de forskjellige oppgavene og sørge for at nødvendig materiell, utstyr, husrom, transport og personell er tilgjengelig. Med hjemmel i § 5-3 kan derfor departementet pålegge virksomhetene å utføre nærmere bestemte forberedelser.

18.3.3 Legemiddeloven og apotekloven

Bestemmelsene i loven § 5-2 og § 5-3 må sees i sammenheng med nylig vedtatte endringer i legemiddeloven og apotekloven for å kunne innføre tiltak som skal bidra til å styrke legemiddelberedskapen og legemiddeltilgangen i Norge, jf. Prop. 100 L (2023–2024) *Endringer i legemiddeloven og apotekloven (styrket legemiddelberedskap m.m.)*, Innst. 373 L (2023-2024) og Lovvedtak 73 (2023-2024).

De nye bestemmelsene gir hjemmel for å kunne iverksette tiltak når det er fare for tilgangen til legemidler i Norge. Dette omfatter å kunne pålegge apotek og grossister restriksjoner ved utlevering og salg av legemidler, og å gi grossistene og apotekene plikt til å gi departementet elektronisk tilgang til lagerstatus, jf. legemiddeloven § 14 og § 18 a. I tillegg gis det hjemmel til å kunne ilegge overtredelsesgebyr og tvangsmulkt ved brudd på flere av handlingsnormene som omfattes av loven, jf. legemiddeloven § 28 femte ledd og § 28 a andre ledd. Endringene bidrar til styrket legemiddelberedskap og ivaretar hensynet til folkehelsen og pasientsikkerheten. Det ble også vedtatt endringer i legemiddeloven knyttet til grossistvirksomhet med legemidler, herunder hjemmel for at myndighetene kan fastsette grossistavanse for legemidler som anskaffes av spesialisthelsetjenesten. Selv om endringene i legemiddeloven og apotekloven retter seg mot situasjoner som ikke er å anse for «kriser eller katastrofer» i helseberedskapslovens forstand, vil det likevel være nær sammenheng med helseberedskapslovens regulering.

18.4 Departementets vurderinger og forslag

18.4.1 Videreføring av fullmaktsbestemmelse som gir adgang til å beslutte omlegging av tjenestene og innføring av omsetningsrestriksjoner

Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester er grunnleggende, og det er en forventning om at tjenestene skal være likeverdige over hele landet. Ved mindre, kortvarig krise eller ulykker med et antall skadde som overstiger det man planlegger for innenfor normal drift, vil man fortsatt kunne tilby nødvendig og forsvarlig hjelp ved at de ansatte påtar seg ekstravakter eller arbeider overtid, enten frivillig eller etter pålegg. Man vil også kunne omprioritere innenfor tjenestene for å frigjøre ressurser, for eksempel ved at hjelp som haster mindre forskyves i den grad det er forsvarlig. Departementet viser også til de samarbeidspliktene for kommuner og helseforetak som allerede er lovfestet ved ulykker og andre akutte situasjoner, se omtale i punkt 5.2.

Behovet for omlegging kan være større ved mer omfattende kriser som varer over lengre tid, og som involverer et stort antall alvorlig skadde og syke. Når det i perioder ikke er mulig å sikre nødvendig hjelp eller tjenester til alle som har behov for det utelukkende gjennom interne omprioriteringer eller bruk av overtid, kan det bli behov for å tilpasse rammene for prioritering til den krisesituasjon helse- og omsorgstjenesten faktisk befinner seg i.

Under koronapandemien ble en rekke planlagte operasjoner og andre former for behandling utsatt for å kunne prioritere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp eller tjenester som ikke kunne utsettes. I enda mer omfattende og alvorlige helsekriser eller ved krig, kan imidlertid situasjonen være at det å utsette behandling ikke er tilstrekkelig for å frigjøre nok kapasitet. Det kan i så fall være nødvendig for en periode å prioritere ned eller bort tjenester som det i den pågående krisen ikke er ressurser til å sørge for. Som omtalt i punkt 18.3, åpner helseberedskapsloven for slike beslutninger. Forutsatt at det foreligger en krise eller katastrofe i fredstid eller det er krig eller krig som truer, kan departementet med hjemmel i loven § 5-2 første punktum pålegge virksomheter som omfattes av loven «helt eller delvis å legge om driften, utvide driften eller flytte virksomheten».

Det finnes i dag ingen ledig kapasitet i helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten utover den kapasitet som ligger i tjenestenes innebygde fleksibilitet til å håndtere økt pasient- og brukerpågang innenfor normalvariasjonene. Utover dette må det imidlertid antas at det normale antall sykehus- eller sykehjemsplasser, eller dimensjoneringen av annen form for behandling tjenestene skal sørge for, ikke vil være tilstrekkelig for å møte behovet ved store og alvorlige beredskapskriser.

På denne bakgrunnen mener departementet at det er nødvendig å videreføre en fullmaktshjemmel som åpner for at sentrale myndigheter ved krig, kriser og katastrofer har adgang til å pålegge virksomheter som omfattes av loven, helt eller delvis å legge om driften, utvide driften eller flytte virksomheten. Departementet mener også at det er nødvendig å videreføre en fullmaktshjemmel som åpner for at sentrale myndigheter ved krig, kriser og katastrofer kan gi pålegg om omsetningsrestriksjoner og rasjonering.

Departementet foreslår derfor å videreføre gjeldende § 5-2 som § 6-1 i forslag til ny lov. Bestemmelsen vil særlig være aktuell for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, men også andre virksomheter omfattet av loven kan bli pålagt tiltak etter bestemmelsen.

Beslutninger om omlegging av tjenester må sees i sammenheng med gjeldende forslag til § 7-1 i ny lov fordi det samtidig kan bli behov for å fravike gjeldende lovregulering. Se omtale i kapittel 23.

18.4.2 Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen

Departementet viser til vurderingen i punkt 17.4.2, hvor myndigheten til å beslutte endringer i den normale ansvars-, oppgave- og ressursfordelingen foreslås lagt til departementet i ny lov § 5-1. Departementet mener at det samme bør gjelde beslutninger om omlegging av tjenesten og omsetningsrestriksjoner, og foreslår derfor at departementet skal ha myndighet til å anvende fullmaktene etter ny lov § 6-1. Når det gjelder adgang til delegasjon, vises det også til departementets vurdering og forslag i punkt 17.4.2.

18.4.3 Videreføring av adgang til å pålegge forberedende tiltak

Som redegjort for i punkt 18.3, kan departementet med hjemmel i gjeldende § 5-3 pålegge virksomhetene å utføre nærmere bestemte forberedende tiltak. Bestemmelsen er særlig begrunnet med at slik adgang er nødvendig for å kunne gjennomføre omleggings- og omsetningstiltakene på en rask og effektiv måte. Departementet mener det er nødvendig å videreføre en slik påleggshjemmel, og foreslår å videreføre gjeldende § 5-3 som § 6-2 i forslag til ny lov.

19 Tjenesteplikt og beordring

19.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet å videreføre fullmaktshjemlene om pålegg av tjenesteplikt og beordring i ny helseberedskapslov §§ 4-1 og 4-2, med følgende endringer:

- øvre aldersgrense for hvem som kan pålegges tjenesteplikt og beordring endres fra 65 år til 72 år.
- det presiseres at pålegg om tjenesteplikt eller beordring ikke skal kunne gis til personer med vesentlig og varig nedsatt arbeidsevne som følge av helsesituasjon eller nedsatt funksjonsevne.
- begrepet «funksjonshemmet» erstattes med begrepet «person med nedsatt funksjonsevne».

Departementet vil be Helsedirektoratet om å etablere en plan til bruk ved behov for beordring av helsepersonell.

19.2 Innledning

I dette kapittelet vurderer departementet hjemmelen i helseberedskapsloven § 4-1 for å pålegge personell som er beordringspliktig å arbeide utover ordinær arbeidstid eller å møte på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid. Departementet vurderer også § 4-2 om forberedende tiltak og registrerings- og øvelsesplikt. Adgangen til å pålegge tjenesteplikt eller beordre ansatte er også regulert av arbeidsrettslige regler, i helse- og omsorgstjenestelovgivningen og i annen beredskapslovgivning. Departementet vurderer behovet for ytterligere regulering i helseberedskapsloven på bakgrunn av dette, men foreslår ikke endringer i disse regelverkene.

19.3 Gjeldende rett

19.3.1 Arbeidsrettslig regulering

19.3.1.1 Innledning

Arbeidsavtalen, eventuelt supplert med tariffavtalen, gir arbeidsgiver en rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet. Samtidig danner arbeidsavtalen og tariffavtalen, grunnlaget for arbeidsoppgaver, arbeidstid og økonomisk godtgjørelse. Uforutsette hendelser kan innebære at arbeidsgiver har behov for å omdisponere personell og dermed midlertidige endre arbeidstakers oppgaver, arbeidsted, arbeidstid eller andre forhold relatert til arbeidsforholdet.

Det gjelder et generelt krav om at endringene må være begrunnet i saklighet, og det må foreligge et forsvarlig grunnlag for avgjørelsen. Saklighetskravet, slik det er formulert i juridisk praksis og litteratur, understreker at arbeidsgiverens styringsrett er begrenset av hva som er rimelig gitt samfunnsutviklingen. Dette er fremhevet i Høyesteretts avgjørelse

i Kårstø-saken (HR-2008-868), hvor det er lagt til grunn at arbeidsavtalen skal tolkes i lys av rimelighet og saklighet.

I ekstraordinære situasjoner, som for eksempel større helsekriser, pandemier og naturkatastrofer, kan arbeidsgiverens terskel for å gjøre endringer være lavere. I slike situasjoner kan det være behov for raskere beslutninger. Likevel må arbeidsgiver fortsatt overholde saklighetskravet for å beskytte arbeidstakerne mot urettferdige endringer i arbeidsforholdet. Saklighetskravet skal blant annet beskytte mot vilkårlige avgjørelser eller avgjørelser basert på utenforliggende hensyn. Selv i disse tilfellene finnes det begrensninger i styringsretten for å sikre at endringene er proporsjonale og nødvendige.

19.3.1.2 *Endringer i arbeidsoppgaver*

Under *ordinære situasjoner* har arbeidsgiver en viss fleksibilitet til å pålegge arbeidstakere andre oppgaver, herunder tilleggsoppgaver, så lenge de nye arbeidsoppgavene er av lik eller tilnærmet lik karakter som tidligere. Arbeidstakeren må akseptere varige endringer i arbeidsoppgavene dersom stillingens grunnpreg videreføres. I enkelte tilfeller kan arbeidsgiverens styringsrett være begrenset gjennom lovbestemte krav om kompetanse, bransjespesifikke reguleringer eller den individuelle arbeidsavtalen.

Ekstraordinære situasjoner kan kreve at arbeidsgiveren må foreta større endringer i fordelingen av arbeidsoppgavene som går utover det som følger av arbeidsavtalen. Arbeidsgivers handlingsrom for midlertidige endringer under ekstraordinære situasjoner er vesentlig større enn i ordinære situasjoner med varig endring. Dersom ansatte får midlertidig utvidet arbeidsplikt i form av endrede arbeidsoppgaver, og dette skyldes uforutsette hendelser som krisetilstand, sykefravær blant kolleger eller lignende, vil vedkommende måtte akseptere forholdsvis omfattende endringer i arbeidsoppgaver.

19.3.1.3 *Endringer i arbeidssted*

I kraft av styringsretten har arbeidsgiver beslutningsmyndighet til å avgjøre hvilke tjenester som skal produseres eller leveres, og dermed også hvor arbeidet skal utføres. Beslutning om plassering av arbeidsstedet anses for å ligge i kjernen av styringsretten, og dermed også saklighetskravet. Presumptivt skal det derfor mye til før en *midlertidig* forflytning av arbeidssted faller utenfor rammene av styringsretten, med forutgående samtykke fra arbeidstakeren. Dette må trolig også gjelde der endring av arbeidssted innebærer vesentlige ulemper for arbeidstakeren, som for eksempel betydelig lengre reisevei forbundet med økte kostnader. Sett hen til at situasjonen oppstår brått, og er midlertidig, kan det ikke oppstilles en høy terskel for hva som må aksepteres av arbeidstakeren.

19.3.1.4 *Endringer i arbeidstid*

Arbeidsgiver kan pålegge overtidsarbeid dersom det foreligger et særlig og tidsavgrenset behov, jf. lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) § 10-6 første ledd. Det typiske eksemplet er akutt sykefravær eller midlertidig behov for økt arbeidskraft som var vanskelig å planlegge innenfor rammene av de ordinære ressursene. I den grad det er praktisk gjennomførbart, skal overtidsarbeid drøftes med tillitsvalgte på arbeidsplassen, jf. arbeidsmiljøloven § 10-6 tredje ledd. Loven

angir maksimumsgrenser for overtidarbeid som i utgangspunktet er absolutte, jf. arbeidsmiljøloven § 10-6 fjerde ledd.

Etter § 10-8 første ledd kreves det minst elleve timer sammenhengende arbeidsfri i løpet av 24 timer. Den arbeidsfrie perioden skal plasseres mellom to hovedarbeidsperioder. Loven § 10-8 andre ledd krever sammenhengende arbeidsfri periode på 35 timer i løpet av syv dager. En arbeidstaker som på jevnlig basis arbeider mer enn tre timer om natten skal etter § 10-11 sjette ledd i gjennomsnitt ikke arbeide mer enn åtte timer i løpet av 24 timer. Hvis en arbeidstaker jobber mer enn tre timer om natten, og arbeidet innebærer spesiell risiko eller store fysiske eller psykiske belastninger, skal arbeidstiden ikke overskride åtte timer innenfor en 24-timers periode, jf. arbeidsmiljøloven § 10-11 syvende ledd.

Arbeidsmiljøloven § 10-12 tredje ledd åpner for at arbeidstidsbestemmelsene i lovens kapittel 10 kan fravikes ved force majeure-situasjoner.

Det vil måtte vurderes konkret om helsekrise vil kunne representere en force-majeure situasjon. Det vil her måtte vurderes omfang og alvorlighet og om det er mulig å håndtere krisen innenfor normalregelverket. Uansett er anvendelsesområde for dette unntaket begrenset til den første fasen i en krise og bestemmelsen vil være mindre aktuell å anvende ved helsekriser som strekker seg over tid.

Unntaket er imidlertid begrenset til arbeid som kreves for å «avverge fare for eller skade på liv og eiendom», og ikke nødvendig arbeid etter at skaden har skjedd. Arbeidstaker skal da sikres kompenserende hvileperioder eller annet passende vern. Med henvisning til rettspraksis fra EU-domstolen sier forarbeidene at den kompenserende hvileperioden bør skje umiddelbart etter arbeidsperioden den er ment å kompensere for, jf. Ot.prp. nr. 49 (2004-2005) punkt 13.12.4. Praksis fra EU-domstolen indikerer også at når kravet til daglig hvile fravikes, bør kompensasjonen være en sammenhengende hvileperiode som tilsvarer reduksjonen i den daglige hvilen. Spesifikt nevnes det at en arbeidstaker som har jobbet 16 timer i strekk, bør ha en kompenserende hvile på tre timer, i tillegg til den vanlige daglige hvilen på 11 timer, umiddelbart etter arbeidsperioden for å balansere belastningen.

19.3.1.5 *Unntak fra arbeidstidsreglene etter avtale med arbeidstakerorganisasjoner*

Fagforeninger med innstillingsrett kan med noen unntak inngå tariffavtale som fraviker reglene i arbeidsmiljølovens kapittel om arbeidstid, jf. arbeidsmiljøloven § 10-12 fjerde ledd. Dette betyr at de kan inngå avtaler ut over de fleste grensene som er satt i loven. Dersom avtalen innebærer unntak fra loven § 10-8 første og andre ledd eller § 10-11 sjette og syvende ledd, må arbeidstaker sikres kompenserende hvile eller annet passende vern. Å sikre kompenserende hvile kan være utfordrende, men kravet til «annet passende vern» innebærer at partene har muligheter for å fremforhandle minnelige løsninger.

Tariffavtalen vil inneholde bestemmelser om plasseringen av arbeidstid. Arbeid utenfor den nevnte arbeidstiden anses som overtidarbeid, og krever samtykke fra arbeidstakeren.

Selv om arbeidsmiljøloven § 10-12 fjerde ledd åpner for omfattende unntak, må den ytre grensen på 48 timer i løpet av syv dager i løpet av ett år respekteres.

19.3.1.6 Forholdet mellom arbeidsmiljøloven og tariffavtaler

Arbeidsmiljøloven gir rammeverket for arbeidstid, mens tariffavtaler inngått mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner kan supplere og tilpasse disse reglene til sektorens spesifikke behov.

Arbeidsmiljøloven gjelder for nesten alt helsepersonell som er ansatte, inkludert de som arbeider i helseforetakene og på fastlegekontorer. Selvstendig næringsdrivende fastleger omfattes ikke. Loven regulerer ordinær arbeidstid, overtid, hviletid, nattarbeid, og arbeid på søndager. Den tillater også at arbeidsgivere og arbeidstakere eller deres organisasjoner kan inngå avtaler om avvikende arbeidstidsordninger, for eksempel gjennomsnittsberegning av arbeidstid. Gjennomsnittsberegning gjør det mulig å ha varierende arbeidstider daglig eller ukentlig, slik at gjennomsnittet over en avtalt periode tilsvarer den avtalte arbeidstiden, noe som er spesielt nyttig i døgkontinuerlige tjenester som helse- og omsorgssektoren.

Tariffavtalene spiller en betydelig rolle i helse- og omsorgssektoren, som har høy organisasjons- og tariffavtaledekning. Disse avtalene, inngått mellom fagforeninger og arbeidsgivere, regulerer lønns- og arbeidsvilkår utover det som er fastsatt i arbeidsmiljøloven. Tariffavtalene kan for eksempel inneholde bestemmelser om kortere arbeidstid enn den lovbestemte, og unntak fra visse bestemmelser i arbeidsmiljøloven. Et konkret eksempel er Legeforeningens avtale med Spekter og KS, som gir unntak fra bestemmelser i arbeidstidskapittelet for leger i helseforetakene og kommunal sektor, inkludert spesifikke regler for legevaktarbeid.

Samlet sett gir kombinasjonen av arbeidsmiljølovens regler og tariffavtalene fleksibilitet og mulighet til å tilpasse arbeidstidsordningene til de spesifikke behovene i helse- og omsorgssektoren. Dette skal sikre både vern av arbeidstakernes helse og sikkerhet, samtidig som det skal muliggjøre en effektiv og kontinuerlig drift av helse- og omsorgstjenesten.

19.3.2 Helse-, omsorgs- og sosialtjenestelovgivningen

Helsepersonells plikt til å yte øyeblikkelig hjelp følger av helsepersonelloven § 7. Etter bestemmelsens første ledd skal helsepersonell «straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig». Med de begrensningene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, «skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.»

Det enkelte helsepersonells individuelle plikt til å yte øyeblikkelig hjelp må også sees i sammenheng med at både kommunen og regionalt helseforetak har en lovpålagt plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen, jf. henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd. De skal i tillegg sørge for øyeblikkelig hjelp tilbud, jf. henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nummer 3 og § 3-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 c bestemmer at ved behov skal «helsetjenesten til det regionale helseforetak yte bistand til andre regionale helseforetak ved ulykker og andre akutte situasjoner». I loven § 2-1 d reguleres det regionale helseforetakets adgang til å disponere helsepersonell i enkelte akutte situasjoner. Av bestemmelsen første ledd fremgår at «[v]ed ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan det regionale helseforetak pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetak og institusjoner som det regionale helseforetak eier, å utføre nærmere tilvist arbeid.» Etter bestemmelsens andre ledd kan departementet pålegge lege å delta i lokal redningssentral.

Helse- og omsorgstjenesteloven har tilsvarende hjemler som spesialisthelsetjenesteloven. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 første ledd fremgår at ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge personell som i kommunen utfører oppgaver etter loven å utføre nærmere tilvist arbeid. Andre ledd bestemmer videre at kommunen, dersom forholdene tilsier det, skal yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Etter loven § 6-6 kan departementet pålegge samarbeid mellom kommuner «når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.»

Etter sosialtjenesteloven § 16 andre ledd skal kommunen gi nødvendig hjelp under ulykker eller andre akutte situasjoner. Ifølge tredje ledd skal kommunen, dersom forholdene tilsier det, yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner.

I arbeids- og velferdsforvaltningsloven [NAV-loven] § 11 er det fastsatt egne bestemmelser om adgangen til beordring ved kriser i freds- og krigstid, inkludert hjemmel for at Arbeids- og velferdsdirektoratet kan pålegge ansatte i Arbeids- og velferdsetaten å utføre arbeid ved andre organer i etaten.

19.3.3 Helseberedskapsloven

Ovenstående regelverk gjelder «normalsituasjonene». Helseberedskapsloven har i tillegg fullmaktsbestemmelser som kan komme til anvendelse i ekstraordinære situasjoner, og da forutsetningsvis dersom normallovgivningen ikke gir tilstrekkelig hjemler til å håndtere en ventet eller pågående alvorlig helsekrise.

Helseberedskapsloven § 4-1 lyder:

«§ 4-1 Tjenesteplikt og beordring

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan personell som er beordringspliktig etter § 1-4 pålegges av arbeidsgiver å forbli i tjeneste ut over ordinær arbeidstid. På samme vilkår kan departementet pålegge personell som nevnt å møte frem på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen virksomheter loven omfatter.

Den som gir pålegg etter første ledd annet punktum, har instruksjonsmyndighet over den som får pålegget. Pålegg etter første ledd skal ikke ha andre virkninger i forholdet mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Arbeidsmiljøloven § 15-10 gjelder tilsvarende for fravær på grunn av bestemmelser i denne loven.

Pålegg etter første ledd kan ikke gis til gravide eller til personer under 18 eller over 65 år.

Ved kriser eller katastrofer i fredstid kan pålegg etter første ledd ikke gis til personer som alene har omsorgen for barn under 16 år eller for funksjonshemmede. I krig eller når krig truer, bør de samme personer så langt det er mulig fritas for pålegg som nevnt. Dersom pålegg likevel gis, er den som gir pålegget ansvarlig for å skaffe nødvendig omsorgsavlastning.

Tjenesteplikt etter paragrafen her gjelder bare i den utstrekning styrkeoppbygging i Forsvaret ikke er til hinder, med mindre noe annet er bestemt i lov.

Plikten etter første ledd gjelder uavhengig av bestemmelsene om arbeidstid i arbeidsmiljøloven.»

Pålegg om tjenesteplikt i sosialtjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste kan også omfatte ansatte i Arbeids- og velferdsetaten, NAV-loven § 11 andre ledd. Av bestemmelsen fremgår at pålegg om å gjøre tjeneste i sosialtjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter helseberedskapsloven § 4-1 også kan omfatte ansatte i etaten. Med samtykke fra Arbeidsdepartementet kan Helse- og omsorgsdepartementet pålegge ansatte i etaten tjeneste i helse- og sosialetaten.

For nærmere redegjørelse for bestemmelsens ulike elementer vises det til departementets vurderinger i punkt 19.4.1.

I loven § 4-2 er det gitt bestemmelser om forberedende tiltak, registrerings- og øvelsesplikt som skal sikre at eventuelt pålegg om tjenesteplikt og beordring etter § 4-1 skal la seg gjennomføre mest mulig effektivt. Bestemmelsen lyder:

«Personell som er beordringspliktig etter § 1-4 plikter å la seg registrere, samt å stille seg til disposisjon for gjennomføring av tiltak etter loven. Vedkommende personell plikter å medvirke til at nødvendige opplysninger for registrering og disponering kan skaffes til veie. Personell som ikke er styrkedisponert i Forsvaret, kan i fredstid pålegges å delta på kurs og øvelser av inntil 3 ukers varighet.»

Bestemmelsene i § 4-1 annet ledd annet og tredje punktum gjelder tilsvarende for deltakelse på kurs og øvelser etter denne paragraf. Det samme gjelder bestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 12-12.

Departementet kan gi forskrift om gjennomføringen av registreringen.»

For nærmere redegjørelse for bestemmelsen vises det til departementets vurderinger i punkt 19.4.3.

19.3.4 Sivilbeskyttelseslovens regler om sivil arbeidskraftberedskap

Som redegjort for i punkt 5.8.6, trådte det 1. juli 2025 i kraft nye regler i sivilbeskyttelsesloven om sivil arbeidskraftberedskap, jf. Prop. 11 L (2024–2025) *Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)*, Innst. 199 L (2024–2025), Lovanmerkning 2 (2024–2025) og Lovvedtak 46 (2024–2025). Bestemmelsene er inntatt i lovens kapittel VII A og gir hjemmel til å regulere sivile arbeids- og tjenesteforhold, og å pålegge sivil arbeidsplikt, «når riket er i krig, krig truer eller rikets selvstendighet er i fare», jf. loven § 28 a. I slike situasjoner kan Kongen i statsråd beslutte at loven §§ 28 c til

28 f skal få anvendelse for å understøtte forsvaret av landet, beskytte sivilbefolkningen eller ivareta samfunnets grunnleggende funksjonalitet.

Loven § 28 b angir grunnleggende krav til vedtak om sivil arbeidskraftberedskap. Virkemiddelbruken skal til enhver tid oppfylle krav om nødvendighet og forholdsmessighet. Forskrifter fastsatt med hjemmel i §§ 28 c til 28 f skal meddeles Stortinget snarest mulig etter at de er vedtatt og kan tidligst tre i kraft 48 timer etter meddelelse, med mindre det er fare ved opphold. Forskriftene kan bare gjelde for inntil tre måneder om gangen. Forskriftene skal forelegges partene i arbeidslivet for uttalelse før de vedtas, med mindre det er åpenbart unødvendig eller vil medføre en uforsvarlig forsinkelse.

Lovkapittelet inneholder tre sentrale situasjonsbetingede bestemmelser om sivil arbeidskraftberedskap der Kongen gis fullmakt til å gi forskrifter, herunder også gi bestemmelser som utfyller, supplerer eller fraviker lov og kollektiv eller individuell arbeidslivsregulering, om følgende:

- Adgangen til å etablere og avslutte arbeids- og tjenesteforhold (§ 28 c)
- Regulering av arbeids- og tjenesteforhold (§ 28 d) og
- Pålegg om arbeidsplikt (§ 28 e)

Dersom situasjonskravet i § 28 a er oppfylt, og det foreligger beslutning fra Kongen i statsråd, kan fullmakten etter § 28 e om arbeidsplikt benyttes innenfor de rammene som følger av § 28 b, herunder krav til nødvendighet og forholdsmessighet.

Etter § 28 e første ledd første punktum kan Kongen gi forskrift om at myndige personer mellom 18 og 72 år pålegges arbeidsplikt. Av forarbeidene, jf. Prop. 11 L (2024–2025) side 147, fremgår blant annet at [a]rbeidsplikt innebærer at en arbeidsgiver og fysisk person pålegges å fortsette eller etablere et arbeidsforhold (arbeidspliktforhold). Et pålegg om arbeidsplikt kan bare medføre at det gis pålegg om å fortsette å stå i, eller etablere et, arbeidsforhold, ikke tjenesteforhold. Det kan ikke gis pålegg om å fortsette eller etablere en relasjon som for eksempel frilanser. Derimot kan en frilanser pålegges arbeidsplikt.

Av bestemmelsens første ledd andre punktum, fremgår at arbeidsplikt bare kan pålegges norske statsborgere og andre som har tilknytning til Norge. Av forarbeidene fremgår at utenlandske statsborgere kan pålegges arbeidsplikt etter forslaget, men at det stilles krav om en viss grad av tilknytning. Tilknytningskravet har til hensikt å utelukke at for eksempel turister kan pålegges arbeidsplikt. Tilknytningskravet vil måtte vurderes konkret. Bosted og arbeidsforhold i Norge er relevant i denne vurderingen, men er ikke en betingelse for at tilknytningskravet ansees oppfylt, jf. Prop. 11 L (2024–2025) side 147.

Bestemmelsens andre ledd første og andre punktum fastsetter at forskrift om arbeidsplikt skal inneholde nødvendige fritak og begrensninger i arbeidsplikten. Det er eksplisitt angitt at blant annet helse- og omsorgsmessige hensyn og annen lovpålagt tjenesteplikt kan nødvendiggjøre fritak. Andre ledd tredje og fjerde punktum gir hjemmel til å gi forskrift om arbeidspliktens innhold og om forholdet til ordinær arbeidsgiver og stilling, samt unntak fra annen lovgivning og privat regulering. Bestemmelsen gir en vid adgang til å regulere hva arbeidsplikten skal bestå i og rammer for den.

Etter tredje ledd første punktum skal personer som pålegges arbeidsplikt så langt som mulig ha minst like gode vilkår som personer i ordinære arbeidsforhold i sammenlignbar stilling. Bestemmelsen gir uttrykk for at personer i pliktmessige arbeidsforhold som utgangspunkt ikke skal stilles dårligere enn personer i ordinære arbeidsforhold. De kan også gis bedre vilkår, jf. Prop. 11 L (2024–2025) side 147-148.

Etter fjerde ledd kan Kongen i statsråd bestemme at arbeidsplikt etter § 28 e går foran annen lovpålagt tjenesteplikt, med unntak av tjenesteplikt etter forsvarsloven.

19.4 Departementets vurderinger og forslag

19.4.1 Videreføring av fullmaktsbestemmelse som gir adgang til å pålegge tjenesteplikt og beordring

19.4.1.1 *Vurdering av behov for videreføring av fullmaktsbestemmelsen*

Departementet mener det er nødvendig å videreføre en regulering som på strenge vilkår gir arbeidsgiver og departementet adgang til å gi pålegg om tjenesteplikt og beordring.

I likhet med hva som følger av gjeldende § 4-1 bør det bare være slik adgang ved de ekstraordinære situasjonene hvor betingelsen i § 1-5 er oppfylt, altså «når riket er i krig eller når krig truer» eller «ved kriser eller katastrofer i fredstid». I slike situasjoner vil den ordinære lovgivningen ikke nødvendigvis gi tilstrekkelige hjemler til å håndtere en ventet eller pågående alvorlig helsekrise på en mest mulig hensiktsmessig og forsvarlig måte. I slike situasjoner vil det normalt heller ikke være tid til å fremme en ordinær lovsak for å få på plass nødvendige lovendringer.

Det vil videre være viktig for planlegging og forberedelse til krise at det foreligger en slik fullmaktsbestemmelse. Det er nødvendig for kommuner og statlige virksomheter å vite hvilke personellressurser de kan regne med å disponere ved en krise, katastrofe eller krig, og hvordan dette personellet kan disponeres.

Departementet viser også til at det vil være viktig at plikter og rettigheter er klart nedfelt på forhånd for å kunne sikre den enkelte medarbeideren ved beredskapshendelser som kan oppstå uten forvarsel, være uoversiktlige i den innledende fasen og være preget av at beslutninger må treffes raskt.

Departementet foreslår på denne bakgrunnen at gjeldende § 4-1 i all hovedsak videreføres i ny lov § 4-1. I de videre punktene vurderer departementet ulike sider ved gjeldende regulering, og på noen områder foreslås det mindre endringer.

19.4.1.2 *Hva innebærer tjenesteplikt og beordring*

Som redegjort for i punkt 19.3.3, kan *arbeidsgiver* med hjemmel § 4-1 første ledd første punktum pålegge personell som er beordringspliktig etter loven § 1-4 å forbli i tjeneste ut over ordinær arbeidstid. Med ordinær arbeidstid menes avtalt arbeidstid etter oppsatt tjenesteplan eller turnus. Etter bestemmelsens andre punktum kan *departementet* pålegge beordringspliktig personell å møte frem på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen virksomheter loven omfatter.

Departementet har derfor en videre fullmakt enn arbeidsgiver. Det følger imidlertid av Ot.prp. nr. 89 (1998–99) side 147 at «[b]eordringspliktig personell kan pålegges arbeidsplikt og også pålegges å ta arbeid der det blir tilvist». Arbeidsgivers påleggsadgang omfatter med andre ord også adgangen til å pålegge den ansatte arbeidsoppgaver. Denne adgangen følger allerede av arbeidsgivers alminnelige styringsrett, jf. redegjørelsen i punkt 19.3.1. Departementet viser også til at arbeidsgiver etter den ordinære helse- og omsorgstjenestelovgivningen har en viss adgang til å pålegge ansatte annet tjenestested, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 c og § 2-1 d og NAV-loven § 11. Det spesielle med hjemmelen etter helseberedskapsloven er imidlertid at arbeidsgiverens pålegg blir straffesanksjonert, jf. loven § 6-5.

Bestemmelsen tar først og fremst sikte på å dekke behovet for omdisponeringer av personell på tvers av virksomheter, kommuner, fylkeskommuner og stat. Personell som beordres til arbeid på annet arbeidssted bør primært settes til samme type arbeid som de i henhold til sin arbeidskontrakt skal utføre. Tilvist arbeid må videre stå i forhold til vedkommende persons utdannelse, eventuelt spesialisering og relevant erfaring.

Lovens bestemmelse om tjenesteplikt og beordring kan blant annet begrunnes i Grunnloven § 93 om retten til liv og statens forpliktelse til å beskytte retten til liv, jf. også EMK artikkel 2. Hvilke inngrep det er adgang til å beslutte med hjemmel i loven § 4-1, må blant ses i sammenheng med retten til privatliv, jf. Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. Adgangen til å beslutte inngrep må også sees i sammenheng med bevegelsesfriheten som er vernet av Grunnloven § 106.

Helseberedskapsloven § 4-1 inneholder ingen eksplisitte krav om å vurdere nødvendighet og forholdsmessighet for å anvende bestemmelsens fullmakter. Se i den forbindelse smittevernloven § 1-5, hvor det er lovfestet slikt vilkår for tiltak etter loven.

Departementet legger imidlertid til grunn at det også for anvendelse av fullmaktene etter loven § 4-1 må innfortolkes krav til vurdering av nødvendighet og forholdsmessighet. Dette følger av at bestemmelsens fullmakter bare kan anvendes ved unntakstilstander hvor dette er nødvendig for å ivareta plikter til å beskytte liv og helse, jf. Grunnloven §§ 93 og 102, EMK artikkel 2 og 8, og også ØSK artikkel 12. På samme måte som ved vurdering av tiltak etter smittevernlovens bestemmelser, må anvendelse av helseberedskapsloven § 4-1 skje etter en avveining av positive rettigheter som skal sikre ivaretagelse av liv og helse, og rettigheter til frihet, jf. blant annet i Grunnloven § 102, § 106 og EMK artikkel 8.

I forlengelsen av ovenstående vil departementet understreke at helseberedskapsloven § 4-1 gir arbeidsgiver og departementet en anledning til å bruke fullmaktene når vilkårene i loven § 1-5 er oppfylt. Det er derfor ingen plikt til å pålegge personell som omfattes av loven tjenesteplikt, eller til å beordre personell til å møte opp på et nærmere angitt sted. Nødvendigheten av å anvende fullmaktene på en bestemt måte for å oppnå formålet og om det er et forholdsmessig tiltak må vurderes konkret. I en slik vurdering inngår også avklaring av om formålet kan oppnås gjennom bruk av de ordinære ansvarslinjene og aktuell sektorlovgivning.

Under koronapandemien var helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser utløst over en lang periode.

Departementet legger til grunn at utfordringer som oppstår i forbindelse med større eller mindre kriser, primært skal håndteres i tråd med ordinære ansvarslinjer og innenfor det lovverket som gjelder for normalsituasjoner. Det er kun i situasjoner hvor en krises omfang, kompleksitet og alvorlighet medfører at denne ikke lar seg håndtere på en forsvarlig måte innenfor ordinær lovgivning, at det må vurderes anvendelse av fullmaktsbestemmelsene.

Departementet foreslår i tråd med det ovenstående å videreføre henholdsvis arbeidsgivers og departementets adgang til å gi pålegg om tjenesteplikt og beordring i ny lov § 4-1 første ledd.

19.4.1.3 *Hvem har tjenesteplikt og kan beordres*

Hvem som er å anse «beordringspliktig personell» etter loven følger av § 1-4.

Etter § 1-4 første punktum er beordringspliktig personell for det første personell som tjenestegjør i virksomheter loven omfatter, jf. loven § 1-3. Videre kan departementet ved forskrift bestemme at også personell som har tjenestegjort i slike virksomheter, og personell som har særskilte kvalifikasjoner, skal omfattes av loven, jf. § 1-4 andre punktum. I så fall vil også slikt personell kunne pålegges plikter etter § 4-1. Bestemmelsen i § 1-4 omfatter både ansatt personell og selvstendig næringsdrivende.

For nærmere redegjørelse for hvilke virksomheter og hvilket personell som omfattes av loven vises det til høringsnotatet punkt 11.5.

Departementet foreslår i tråd med ovenstående å videreføre i ny lov § 4-1 første ledd at beordringspliktig personell etter loven § 1-4 kan pålegges tjenesteplikt eller arbeidsplikt, og i tillegg pålegges å ta arbeid der det blir tilvist.

19.4.1.4 *Beordringens betydning for tjenesteforholdet*

Etter § 4-1 første ledd andre punktum kan en beordringspliktig person bli beordret til å utføre tjeneste i et annet fylke eller kommune eller en helt annen landsdel, langt utenfor arbeidsgiverens normale virkeområde. Likedan kan en beordringspliktig person bli beordret til å utføre tjeneste i et annet helseforetak eller regionalt helseforetak enn det som vedkommende normalt utfører tjeneste for.

Fordi en arbeidsgiver blant annet har ansvar for å utbetale lønn, foreta trekk i lønn og sørge for innbetaling til ulike pensjons- og forsikringsordninger, må det avklares hvilke konsekvenser beordringen skal ha for forholdet mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

Departementet mener at prinsippet om at beordring i minst mulig grad skal gripe inn i et bestående arbeidsforhold, bør videreføres. Det er imidlertid nødvendig at den som blir beordret underlegges instruksjonsmyndigheten til den som beordrer, eventuelt den virksomheten som vedkommende blir beordret til å gjøre tjeneste i. Departementet foreslår derfor å videreføre presiseringen av at den som beordrer personell skal overta instruksjonsmyndigheten over vedkommende, jf. § 4-1 andre ledd første punktum. Dette kan være departementet, eller andre som har fått delegert myndighet.

Utover dette foreslås det at de øvrige elementene i arbeidsforholdet skal bestå, jf. loven § 4-1 andre ledd andre punktum. Det vil innebære at arbeidsgiveren fortsatt skal utbetale

lønn som vanlig og at alle andre rettigheter i arbeidsavtalen skal forbli uberørt. Dette vil bidra til at den som blir beordret kan være sikker på at lønn, skattetrekk, eventuelle pensjonsvilkår og øvrige rettigheter i arbeidsavtalen opprettholdes og ordnes på vanlig måte. Hensikten er å unngå at det blir avbrudd i arbeidsforholdet og å unngå rettighetstap som følge av dette.

Det økonomiske oppgjøret i etterkant av tjenesteplikt eller beordring vil dermed stå mellom arbeidsgiveren og staten, som skal dekke utgiftene ved anvendelse av loven etter § 6-1 første ledd. Dette gjelder uansett om arbeidsgiveren er en offentlig virksomhet, eller privat. Der den som blir beordret er selvstendig næringsdrivende, for eksempel driver egen fastlegepraksis, vil en beordring i praksis innebære at vedkommende blir underlagt offentlig instruksjonsmyndighet. Det økonomiske oppgjøret må også her foretas etter § 6-1.

Det kan være aktuelt å beordre personer som ikke er i noe tjenesteforhold, eller ikke er i helse-, omsorgs- eller sosialtjenesten på beordringstidspunktet. Dette kan i så fall bare skje dersom departementet ved forskrift har bestemt at denne gruppen skal være omfattet av loven, jf. § 1-4 andre punktum. Dersom det blir aktuelt å fatte en slik beslutning, må vedkommendes arbeidsforhold og lønnsforhold vurderes i den sammenheng.

Departementet foreslå også å videreføre prinsippet om at fravær på grunnlag av bestemmelser i helseberedskapsloven skal likestilles med fravær på grunn av militærtjeneste, jf. loven § 4-1 andre ledd tredje punktum hvor det er presisert at arbeidsmiljøloven § 15-10 om oppsigelsesvern ved militærtjeneste skal gjelde tilsvarende for fravær som følge av pålegg med hjemmel i bestemmelser i helseberedskapsloven. Se videre henvisning fra arbeidsmiljøloven § 15-10 til loven § 12-12 om rett til permisjon ved militærtjeneste. Dette skal gjelde ved både beordring og eventuelt fravær på grunn av deltagelse i øvelser, jf. loven § 4-2.

Departementet foreslår i tråd med det ovenstående å videreføre i ny lov § 4-1 andre ledd at den som gir pålegg etter bestemmelsens første ledd andre punktum skal ha instruksjonsmyndighet over den som får pålegget, men at øvrige elementer i arbeidsforholdet skal bestå og at fravær skal likestilles med fravær på grunn av militærtjeneste.

19.4.1.5 *Fritak fra tjenesteplikt og beordring på grunn av graviditet, alder, helsesituasjon eller omsorgssituasjon*

Graviditet

Departementet foreslår å videreføre i ny lov § 4-1 tredje ledd at gravide ikke skal kunne pålegges utvidet tjenesteplikt eller beordres. Hensynet til mor og det ufødte barnet taler for at det ikke skal være adgang til å pålegge tjenesteplikt eller beordring.

Alder, helsesituasjon eller nedsatt funksjonsevne

Av § 4-1 tredje ledd fremgår videre at heller ikke personer under 18 eller over 65 år skal kunne pålegges utvidet tjenesteplikt eller beordres. Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i ny lov § 4-1 tredje ledd, men med enkelte justeringer.

Departementet foreslår for det første at øvre aldersgrense for tjenesteplikt eller beordring settes til 72 år, da dette er tidspunktet hvor oppsigelsesvernet etter arbeidsmiljøloven § 15-13 a første ledd opphører. Dette innebærer at den enkelte har rett til å stå i arbeid frem til 72 år. Av bestemmelsens andre og tredje ledd fremgår at lavere aldersgrense kan fastsettes, men som hovedregel ikke under 70 år. Alminnelig aldersgrense i staten er 70 år.

En slik heving av aldersgrensen vil være i tråd med den demografiske og samfunnsmessige utviklingen med økt levealder, som har medført at mange arbeider til etter fylte 65 år. En økning av aldersgrensen til 72 år vil også sikre økt tilgang til kompetent personell ved kriser eller katastrofer i fredstid eller ved krig. Heving av aldersgrensen fra 65 år til 72 år vil også innebære en harmonisering mot annet relevant regelverk. Av de nye bestemmelsene om sivil arbeidskraftberedskap i sivilbeskyttelsesloven kapittel VII A fremgår at arbeidsplikt kan pålegges myndige personer mellom 18 og 72 år, jf. loven § 28 e første ledd.

Departementet foreslår for det andre at det i bestemmelsen presiseres at pålegg om tjenesteplikt eller beordring heller ikke skal kunne gis til «personer med vesentlig og varig nedsatt arbeidsevne som følge av helsesituasjon eller nedsatt funksjonsevne». Begrepet «vesentlig og varig» innebærer at forbigående eller lettere nedsatt arbeidsevne ikke vil gi grunnlag for fritak fra pålegg.

Omsorgsoppgaver

Etter § 4-1 fjerde ledd første punktum kan det *ved kriser eller katastrofer i fredstid* ikke gis pålegg til personer som alene har omsorgen for barn under 16 år eller for funksjonshemmede. I Ot.prp. nr. 89 (1998–99) s. 148 er det presisert at dersom begge foreldrene har omsorgsansvar for barn under 16 år eller funksjonshemmede, kan bare én av dem pålegges plikter etter første ledd ved kriser eller katastrofer i fredstid. Videre presiseres det at «funksjonshemmede» omfatter personer med alle former for funksjonshemming, herunder bevegelseshemming, hørselshemming, synshemming, psykisk funksjonshemming og skjulte funksjonshemminger.

Ved krig eller når krig truer bestemmer andre punktum at de samme personene så langt det er mulig bør fritas for pålegg. Dersom pålegg likevel gis, er den som gir pålegget ansvarlig for å skaffe nødvendig omsorgsavlastning.

Departementet foreslår å videreføre reguleringen av unntak knyttet til omsorgsoppgaver i ny lov § 4-1 fjerde ledd, likevel slik at begrepet «funksjonshemmede» erstattes med «personer med nedsatt funksjonsevne».

19.4.1.6 *Disponering av beordringspliktig personell mellom Forsvaret og den sivile helse- og omsorgstjenesten*

Ifølge § 4-1 femte ledd gjelder tjenesteplikt bare i den utstrekning styrkeoppbygging i Forsvaret ikke er til hinder, med mindre noe annet er bestemt i lov.

Forsvaret har behov for blant annet medisinsk personell for å kunne oppfylle sine oppgaver i strid. Sårede som ikke raskt kan behandles av Forsvarets eget personell eller i Forsvarets egne sykehus, vil imidlertid bli evakuert til sivile sykehus for behandling.

I Prop. 87 S (2023–2024) *Forsvarsløftet – for Norges trygghet Langtidsplan for forsvarssektoren 2025–2036*, som et samlet Storting har sluttet seg til etter behandling av Innst. 426 S (2023-2024), uttales blant annet følgende om Forsvarets sanitet i punkt 4.9.3:

«Regjeringen vil styrke Forsvarets sanitets- og veterinærtjenester gjennom et tett samarbeid med det sivile helsevesenet. Sanitetspersonell med kompetanse innenfor spesialiserte funksjoner må derfor planlegges i en helhetlig samfunnsmessig ramme, slik at oppsetning av Forsvarets avdelinger ikke fører til mangler i det sivile helsevesenet. Det samme gjelder for medisinsk logistikk, hvor Forsvarets fredstidsbehov for medikamenter, medisinsk forbruksmateriell, blod og blodprodukter bare er en liten del av samfunnets totale behov. For å styrke det norske samfunnets motstandskraft og totalforsvarets evne til å håndtere kriser og krig prioriteres tverrsektoriell planlegging, trening og øvelser mellom Forsvaret og det sivile helsevesen.»

Departementet viser også til at det allerede er igangsatt et arbeid mellom de regionale helseforetakene og Forsvaret for å utarbeide omforent oversikt over hvilket helsepersonell som bør kunne disponeres av Forsvaret ved krig eller i situasjoner hvor krig truer.

Med henvisning til det ovenstående foreslår departementet å videreføre bestemmelsen i ny lov § 4-1 femte ledd.

Forholdet mellom tjenesteplikt eller beordring av personell etter henholdsvis helseberedskapsloven og sivilbeskyttelsesloven er ikke eksplisitt regulert i lovene.

I forarbeidene til helseberedskapsloven, Ot.prp. nr. 89 (1998–99) s. 148, er det med henvisning til dagjeldende lov 17. juli 1953 nr. 9 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og sivilforsvaret (sivilforsvarsloven), lagt til grunn at pliktene etter helseberedskapsloven § 4-1 skal gis forrang for tjenesteplikt i Sivilforsvaret. Det uttales i den forbindelse blant annet:

«Helsepersonell er allerede i fredstid et knapphetsgode. I tilfelle krig vil et visst antall leger og sykepleiere bli utkalt til tjeneste i Forsvaret og Sivilforsvaret. Selv om antallet ikke er stort i forhold til det totale antall leger og sykepleiere mv i helsevesenet er det særlig enkelte typer spesialister det er mangel på. Det er derfor ikke uvesentlig hvilke personer som blir utkalt til tjeneste utenfor det sivile helsevesen.

Departementet mener at det er viktig for det sivile helsevesen å ha innflytelse på hvem som eventuelt kan avses i en krisesituasjon. Departementet slutter seg derfor til prosjektgruppens forslag om at tjenesteplikt i Sivilforsvaret ikke lenger automatisk skal gå foran tjenesteplikt i det sivile helsevesen. Det er etter departementets mening nødvendig å se helhetlig på bemanningssituasjonen i tilfelle en krise. Man må unngå en situasjon der rednings- og evakueringsapparatet fungerer etter intensjonen, mens de sykehus som skal behandle de skadede ikke fungerer fordi nøkkelpersonell er borte.»

I sivilbeskyttelsesloven, som avløste sivilforsvarsloven fra og med 1. januar 2011, følger det av § 8 første ledd at Sivilforsvarets myndigheter kan pålegge personer mellom 18 og 55 år som oppholder seg i Norge, tjenesteplikt i Sivilforsvaret. Ved avgjørelsen av om en person skal pålegges tjenesteplikt, skal det særlig tas hensyn til Sivilforsvarets behov, innhentede opplysninger, vurderinger av helsetilstand og prøver og samtaler.

I Prop. 91 L (2009-2010) *Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven)* er forholdet til helseberedskapsloven omtalt. I loven foreslås det å videreføre prinsippet om allmenn tjenesteplikt i Sivilforsvaret. I forlengelsen av dette uttales det blant annet i punkt 10.4.1:

«Det overlates til forskriftsregulering å gi nærmere bestemmelser om tjenesteplikt i Sivilforsvaret. Det vil herunder bli gitt bestemmelser om fritak fra tjenesteplikt for personell som av ulike grunner ikke bør pålegges slik tjeneste. Ved utforming av disse bestemmelsene vil det blant annet måtte ses hen til andre virksomheters eller yrkesgruppers behov for tilfredsstillende bemanning, herunder særlige de behov som ligger hos nød- og beredskapsetatene. Et av hovedformålene med Sivilforsvaret er å forsterke nød- og beredskapsetatene, ikke tappe dem for ressurser. For å sikre at helsetjenesten, brannvesenet og politiet får beholde sitt personell og for å sikre at disse virksomhetene også skal få tilført ekstrapersonell i krisesituasjoner slik at de kan ivareta sitt ansvar, videreføres dagens ordning hvor det i forskrift gis bestemmelser som gir unntak for tjenesteplikt i Sivilforsvaret for personer nød- og beredskapsetatene har behov for.»

19.4.1.7 Forholdet til arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven

Loven § 4-1 sjette ledd bestemmer at pålegg om tjenesteplikt eller beordring etter bestemmelsens første ledd skal gjelde uavhengig av bestemmelsene om arbeidstid i arbeidsmiljøloven.

Regler om arbeidstid er inntatt i arbeidsmiljøloven kapittel 10. For nærmere redegjørelse for arbeidstidsbestemmelsene vises det til punkt 19.3.1. Arbeidsmiljøloven § 10-12 tredje ledd bestemmer at bestemmelsene om arbeidstid kan fravikes for arbeid som på grunn av naturhendelser, ulykke eller andre uforutsette begivenheter må foretas for å avverge fare for eller skade på liv eller eiendom. I så fall skal arbeidstakerne sikres tilsvarende kompenserende hvileperioder eller, der dette ikke er mulig, annet passende vern.

Om forholdet mellom disse to regelsettene (daværende arbeidsmiljøloven § 53) er det i Ot.prp. nr. 89 (1998–99) punkt 9.6.4.10 blant annet uttalt:

«De situasjoner bestemmelsene i § 4-1 er tenkt brukt, kan være meget ekstreme. Det gjelder krig, eller kriser og katastrofer. Det er mulig at § 53 vil kunne være dekkende for noen av disse situasjonene. I mange situasjoner, for eksempel i krig, må det antas at de rammer § 53 setter vil vise seg å være for rigide. Alene det å måtte søke arbeidstilsynet om dispensasjon kan komme til å fortone seg som unødig byråkratisk for eksempel i en situasjon med flere hundretalls skadede som trenger behandling. Bestemmelsene vil av den grunn lett måtte fravikes under henvisning til nødrettsbetraktninger. Etter departementets mening er et av hovedmålene med en lovgivning som tar sikte på å regulere beredskapssituasjoner å unngå ad hoc løsninger i en kaotisk og uoversiktlig situasjon. Departementet mener derfor at de beste grunner tilsier at det bør sies direkte at arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven ikke får anvendelse i denne typen situasjoner. Det vil ikke være riktig overfor det personell det angår å gi inntrykk av noe annet.»

Departementet legger til grunn at flere av de situasjonene hvor det kan bli aktuelt med pålegg om tjenesteplikt eller beordring etter helseberedskapsloven § 4-1, vil være av en slik art at de også kan omfattes av unntaket etter arbeidsmiljøloven § 10-12 tredje ledd. Slik sett synes forskjellen mellom unntaksbestemmelsen i arbeidsmiljøloven og helseberedskapsloven § 4-1 sjette ledd i hovedsak å være at bestemmelsen i helseberedskapsloven ikke inneholder et uttrykkelig krav om at arbeidstakeren skal sikres hvileperioder eller annet passende vern. Som påpekt i forarbeidene vil man også ved pålegg om tjenesteplikt og beordring etter helseberedskapsloven § 4-1 måtte sikre tilstrekkelig hviletid for personellet. Det uttales blant annet:

«Samtidig vil departementet understreke at de ansvarlige ledere i størst mulig grad må sørge for at mannskapene får tilstrekkelig hvile. Utover hensynet til den enkelte kan utslitt personell også gå ut over krisehåndteringsevnen.»

Det kan imidlertid også tenkes kriser eller katastrofer, og da særlig situasjoner med krig eller hvor krig truer, hvor bestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 10-12 tredje ledd ikke vil være fullt ut anvendelig. For det første kan man i alvorlige kriser være avhengig av svært raske beslutninger om pålegg av tjenesteplikt og beordring. I slike situasjoner vil det trolig ikke være anledning til å følge de prosedyrene for å fravike arbeidstid som følger av arbeidsmiljøloven. For det andre kan enkelte kriser eller katastrofer kreve ekstraordinær innsats fra helse- og omsorgstjenesten over en lengre tidsperiode enn hva unntaket etter arbeidsmiljøloven § 10-12 tredje ledd synes å åpne for. Som påpekt i forarbeidene, ville man derfor i denne type situasjoner være nødt til å påberope seg nødrettsbetraktninger for å fravike bestemmelsen i arbeidsmiljøloven. Departementet mener dette vil være en uheldig løsning.

Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelsen om at arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven ikke skal få anvendelse ved pålegg etter § 4-1 i forslag til ny lov § 4-1 sjette ledd.

19.4.1.8 *Tjenesteplikt for utenlandske statsborgere*

Adgangen etter helseberedskapsloven § 4-1 til å pålegge tjenesteplikt og beordring kan anvendes overfor personell som er beordringspliktig etter § 1-4. Det skilles ikke mellom norske eller utenlandske statsborgere.

En ikke ubetydelig andel av de som arbeider innenfor helse-, omsorgs- og sosialtjenesten, enten som ansatt i faste stillinger eller i vikariater eller som innleide, er utenlandske statsborgere. Tilstrekkelig kompetent personell er avgjørende for å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester til befolkningen, både i normalsituasjoner og ved kriser og katastrofer. Dette gjelder uavhengig av om personellet er norske eller utenlandske statsborgere. Til illustrasjon følger det av forsvarsloven § 6 tredje ledd at også utenlandske statsborgere som oppholder seg i og har en fast tilknytning til Norge kan bli pålagt verneplikt, hvis ikke avtale med landet de er statsborgere av er til hinder for dette.

Departementet legger til grunn at utenlandske statsborgere som er ansatt i helse-, omsorgs- og sosialtjenesten, på lik linje som norske statsborgere, vil ønske å bidra i tilfelle kriser eller katastrofer i fredstid. Når det gjelder sikkerhetspolitiske kriser eller

krig, kan situasjonen være en litt annen. Det kan tenkes at personell i slike situasjoner mobiliseres for tjeneste i sitt eget hjemland eller at de av andre grunner ønsker å reise tilbake til sitt hjemland. Departementet viser i den forbindelse også til Grunnloven § 106, som bare unntaksvis åpner for å nekte noen å forlate Norge. Det kan også tenkes at det av sikkerhetsmessige grunner ikke vil være aktuelt å la enkelte utenlandske statsborgere tjenestegjøre i helse-, omsorgs- og sosialtjenesten ved sikkerhetspolitiske kriser eller krig. Dette bør vurderes konkret av den enkelte arbeidsgiveren eller myndigheten som skal forberede eller beslutte beordring.

Ved alvorlige beredskapssituasjoner vil det være viktig at man i størst mulig grad kan disponere alle tilgjengelige personellressurser. Departementet foreslår derfor å videreføre dagens regulering, som innebærer at adgangen etter helseberedskapsloven til å pålegge tjenesteplikt og beordring ikke skiller mellom norske eller utenlandske statsborgere, jf. forslag til ny lov § 4-1 første ledd og denne bestemmelsens henvisning til ny lov § 1-4.

19.4.2 Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen

Fullmaktsbestemmelsen i loven § 4-1 gir arbeidsgiver og departement myndighet til å beslutte inngripende tiltak som fraviker sentrale elementer i ellers gjeldende lov- og avtaleverk for arbeidslivet. Departementet viser til vurderingen i punkt 17.4.2, hvor myndigheten til å beslutte endringer i den normale ansvars-, oppgave- og ressursfordelingen i ny lov § 5-1 foreslås lagt til departementet, ikke til Kongen eller Kongen i statsråd. Departementet mener at denne vurderingen i all hovedsak også bør gjelde for fullmaktene om tjenesteplikt og beordring, og foreslår derfor at departementet og arbeidsgiver fortsatt skal ha myndighet til å anvende fullmaktene etter ny lov § 4-1 første ledd. Når det gjelder adgang til delegasjon, vises det også til departementets vurdering og forslag i punkt 17.4.2.

19.4.3 Forberedende tiltak, registrerings- og øvelsesplikt

For raskt å kunne gjennomføre pålegg om tjenesteplikt og beordring, må arbeidsgiver ha oversikt over aktuelt personell. Personellet må på sin side være best mulig forberedt og ha den nødvendige kompetansen for oppgaven. Dette må forberedes i fredstid og før en krise eller katastrofe er inntrådt.

Etter helseberedskapsloven § 4-2 pålegges derfor beordringspliktig personell plikt til å delta på eller legge til rette for enkelte forberedende tiltak, herunder registrerings- og øvelsesplikt. Bestemmelsen skal sikre at eventuelt pålegg om tjenesteplikt og beordring etter § 4-1 skal la seg gjennomføre mest mulig effektivt. Bestemmelsen lyder:

«Personell som er beordringspliktig etter § 1-4 plikter å la seg registrere, samt å stille seg til disposisjon for gjennomføring av tiltak etter loven. Vedkommende personell plikter å medvirke til at nødvendige opplysninger for registrering og disponering kan skaffes til veie. Personell som ikke er styrkedisponert i Forsvaret, kan i fredstid pålegges å delta på kurs og øvelser av inntil 3 ukers varighet.»

Bestemmelsene i § 4-1 annet ledd annet og tredje punktum gjelder tilsvarende for deltakelse på kurs og øvelser etter denne paragraf. Det samme gjelder bestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 12-12.

Departementet kan gi forskrift om gjennomføringen av registreringen.»

Gjennom henvisningen i § 4-2 andre ledd til loven § 4-1 andre ledd andre og tredje punktum, skal bestemmelsen i § 4-2 andre ledd beskytte mot tap av rettigheter i arbeidsforholdet som følge av deltagelse på øvelser eller kurs, herunder vern mot oppsigelse. Det følger av § 4-1 andre ledd andre og tredje punktum at pålegg overfor beordringspliktig personell ikke skal ha andre virkninger i forholdet mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, og at arbeidsmiljøloven § 15-10 gjelder tilsvarende for fravær på grunn av bestemmelser i denne loven. Arbeidsmiljøloven § 15-10 gir regler om oppsigelsesvern ved fravær på grunn av militærtjeneste. Det vises til nærmere omtale av § 4-1 andre ledd i høringsnotatets punkt 19.4.1.4.

Blant annet med hjemmel i § 4-2 tredje ledd har Helse og omsorgsdepartementet fastsatt helseberedskapsforskriften. Forskriften § 9 første ledd bestemmer at virksomheten skal ha oversikt over personell som kan beordres etter helseberedskapsloven § 4-1, jf. § 1-4 første punktum. Det følger videre at oversikten skal omfatte personell som er mobiliseringsdisponert i Forsvaret og i Sivilforsvaret. Ifølge andre ledd skal virksomheten sørge for å ha nødvendig personell til disposisjon i tilfelle krise, katastrofe og krig.

For å gjennomføre registreringsordningen på en effektiv måte, kan det være nødvendig å gi utfyllende bestemmelser. Dette gjelder særlig bestemmelser om hvem som skal registreres, hvilke opplysninger som skal registreres, kontroll og ajourføring av registeret, innsynsrett, ansvars- og eierforhold, samkjøring med andre registre (kobling) og lignende. Etter bestemmelsens tredje ledd kan departementet også gi nærmere bestemmelser om slike forhold.

Departementet foreslår at gjeldende bestemmelse om forberedende tiltak, registrerings- og øvelsesfrist videreføres i forslag til ny lov § 4-2.

19.4.4 Plan for beordring av helsepersonell

Beordring av helsepersonell er et inngripende tiltak for enkeltpersoner. Strengte vilkår må være oppfylt før pålegg om tjenesteplikt og beordring kan være aktuelt.

Det er viktig at det er etablert omforente og kjente planer for beordringssituasjoner før situasjonen inntreffer. Et slikt planverk bør først og fremst baseres på beordring av helsepersonell som har et arbeidsforhold i helse- og omsorgstjenesten. Det bør imidlertid også legges til rette for at helsepersonell uten slik tilknytning kan omfattes av beordring.

Ved mulig beordring av studenter, lærlinger og elever i helsefaglige studieretninger bør nødvendigheten av tiltaket begrunnes særskilt. Vurderingen bør blant annet omfatte hvor langt i utdannelsen man må ha kommet, hvilken grad av klinisk kompetanse kandidatene må ha opparbeidet seg for å kunne beordres, hvilke helsefaglige studieretninger beordring vil kunne omfatte samt at det i så stor grad som mulig skal legges til rette for at de ikke mister progresjon i studiet.

Departementet vil be Helsedirektoratet om å etablere en plan for beordring av helsepersonell. En slik plan skal blant annet baseres på følgende prinsipper:

- Beordring skal vurderes ut fra fare for liv og helse
- Før beordring iverksettes skal man alltid ha prøvd muligheter på lavest mulig nivå
- Beordring skal primært iverksettes på lokalt nivå før det iverksettes på hhv. regionalt og nasjonalt nivå
- Beordring skal ikke medføre svekkelse av nødvendig helsehjelp
- Nødvendig opplæring skal sikres for personellet som beordres

Planverket skal også omfatte en rutine for involvering av partene i arbeidslivet og en rutine for involvering av universitets- og høyskolesektoren og videregående opplæring i en beordringssituasjon.

Partene i arbeidslivet, universitets- og høyskolesektoren, videregående opplæring, relevante student- og elevorganisasjoner, samt andre aktuelle aktører skal involveres i Helsedirektoratets utredning av slik plan.

19.4.5 Forholdet mellom helseberedskapsloven og sivilbeskyttelsesloven

19.4.5.1 «Når riket er i krig eller når krig truer»

Fullmaktsbestemmelsene i helseberedskapsloven §§ 4-1 og 4-2 om tjenesteplikt og beordring kommer til anvendelse i situasjoner hvor riket er i krig eller når krig truer i henhold til § 1-5 nr. 1, jf. høringsnotatets punkt 16.4.2, 19.3.3 og 19.4.1.

De nye bestemmelsene i sivilbeskyttelsesloven kapittel VII A om sivil arbeidskraftberedskap vil kunne anvendes når riket er i krig, krig truer eller rikets selvstendighet er i fare, jf. loven § 28 a. Av sivilbeskyttelsesloven § 28 e første ledd kan Kongen blant annet gi forskrifter om pålegg av arbeidsplikt.

Situasjonskravet for når henholdsvis helseberedskapsloven og sivilbeskyttelsesloven kan anvendes, vil dermed i stor grad overlappe. De nye bestemmelsene om sivil arbeidskraftberedskap gir imidlertid fullmakter som samlet sett går vesentlig lengre enn helseberedskapslovens bestemmelser om tjenesteplikt og beordring. Bestemmelsene i sivilbeskyttelsesloven vil også ha tverrsektoriell anvendelse og vil altså kunne komme til anvendelse overfor personell som også omfattes av helseberedskapslovens regler om tjenesteplikt og beordring.

Om forholdet mellom sivilbeskyttelseslovens bestemmelser og annen beredskapslovgivning er det i forarbeidene til de nye bestemmelsene i sivilbeskyttelsesloven, jf. Prop. 11 L (2024–2025) punkt 10.2.4, blant annet uttalt:

«Helseberedskapsloven skiller seg fra bestemmelsene i sivilbeskyttelsesloven ved at helseberedskapslovens bestemmelser også får anvendelse ved kriser og katastrofer i fredstid. Beordringspliktig personell er ikke begrenset til helsepersonell, men omfatter alt personell som arbeider i helse- og omsorgstjenestene som IKT-personell, elektrikere, renholdere og øvrig teknisk personell. På samme vilkår kan departementet pålegge personell å møte frem på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen virksomheter loven omfatter. Beordringspliktig personell er etter § 1-4 første punktum personell som tjenestegjør i virksomheter som er omfattet av loven. Etter andre punktum

kan departementet gi forskrift om at også personell som har tjenestegjort i slike virksomheter, og særskilt kvalifisert personell, skal omfattes av loven. (...) Helseberedskapslovens regler om tjenesteplikt gjelder derfor i hovedsak for personell som allerede jobber i helse- og omsorgstjenesten eller har jobbet der. I tillegg kan studenter i ulike helsefag omfattes.»

I proposisjonens punkt 13.3.5 understrekes det at forslaget primært er ment å dekke behov der det ikke eksisterer egne mekanismer for å sikre nødvendig arbeidskraft. I dette ligger både at forslaget vil kunne supplere eksisterende beredskapslovgivning som ikke rekker langt nok og bidra til mobilisering av arbeidskraft til andre samfunnsfunksjoner som mangler hjemmelsgrunnlag for dette. For eksempel vil sivil arbeidskraft kunne benyttes som et tilleggsgrunnlag for mobilisering av personell til helsetjenester der hvor helseberedskapslovens hjemmelsgrunnlag ikke strekker til. I spørsmålet om hvilket regelverk som skal gis forrang og mekanismer for å avklare dette, uttaler departementet blant annet følgende i punkt 13.3.5:

«Tjenesteplikt etter helseberedskapsloven er også et åpenbart eksempel på en tjenesteplikt som vil være høyt prioritert i sikkerhetspolitisk krise og krig og som det særlig vil måtte tas hensyn til ved utformingen av forskrifter om sivil arbeidsplikt etter dette forslaget. Departementet er enig i høringsinnspillene (...) om at forslagets betydning for helsesektoren først og fremst er å supplere eksisterende beredskapslovgivning, herunder helseberedskapsloven, og sørge for at helsetjenester får nødvendig tilførsel av personell der helseberedskapslovens regler om beordring ikke strekker til. Departementet viser til at ved væpnet konflikt eller krig skal helse- og omsorgstjenesten sørge for helt vesentlig støtte til Forsvarets evne til å operere. Antallet med behov for akutt behandling, soldater og sivile, vil trolig bli meget stort. I tillegg kommer den øvrige befolkningens behov for helsehjelp i slike situasjoner. Tiltak som kan iverksettes etter helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser, vil i utgangspunktet sikre nødvendig arbeidskraft til dette. Forslaget her vil ytterligere kunne bidra i samme retning.

(...). Departementet fastholder likevel at det unntaksvis vil kunne oppstå konkurranse mellom sivil arbeidsplikt og tjenesteplikt etter for eksempel helseberedskapsloven, hvor det ut fra den konkrete situasjonen er nødvendig å legge til grunn sivil arbeidsplikt. Departementet ser det derfor som hensiktsmessig at det gis en hjemmel til å avklare en slik konkurranse gjennom et tverrsektorielt regelverk om sivil arbeidspliktberedskap.»

I tråd med vurderingene i forarbeidene, er det fastslått i § 28 e fjerde ledd at Kongen i statsråd kan bestemme at arbeidsplikt etter denne bestemmelsen går foran annen lovpålagt tjenesteplikt, med unntak av tjenesteplikt etter forsvarsloven. Om denne bestemmelsen uttales det blant annet følgende i forarbeidenes punkt 13.3.5:

«Forrangsbestemmelsen gir adgang til å sikre fastsettelse av en helhetlig regulering av arbeidsplikt dersom situasjonen krever det. En eventuell bruk av forrangbestemmelsen må ses i lys av de hensyn og forpliktelser som ligger til grunn for annet regelverk om tjenesteplikt. Likevel kan det oppstå situasjoner hvor sivil arbeidsplikt vurderes som absolutt nødvendig, på bekostning av andre tjenesteplikter. For eksempel kan det være tilfelle dersom det er behov for en samordning av all sivil arbeidskraftberedskap i ett tverrsektorielt regelverk. Forut for en slik beslutning vil det måtte foretas en grundig avveining av nasjonale hensyn.

Avgjørende for om kompetansen benyttes vil være de konkrete behovene som oppstår. Etter departementets vurdering er eksisterende tjenesteplikter, myntet på sikkerhetspolitisk krise eller krig, i utgangspunktet bedre egnet til å ivareta sektorspesifikke behov og forpliktelser. Forslaget skal derfor først og fremst supplere disse ved behov. Departementet gjentar viktigheten av tverrdepartementale vurderinger for å hensynta ulike sektorer og etaters personellmessige behov ved håndtering av sikkerhetspolitisk krise og krig. Ved utformingen av tiltak etter fullmaktsbestemmelsene må det ses hen til om behov kan ivaretas etter annet regelverk. For eksempel skal fullmaktene ikke kunne benyttes på en måte som vil umuliggjøre helse- og omsorgstjenestens evne til å understøtte Forsvaret i sikkerhetspolitisk krise og krig, eller hindre en helhetlig og forsvarlig disponering av personellressurser som omfattes av helseberedskapsloven.»

I situasjoner med «krig eller når krig truer» i henhold til helseberedskapsloven § 1-5, og hvor det er aktuelt å pålegge henholdsvis tjenesteplikt eller beordring etter helseberedskapsloven § 4-1 og arbeidsplikt etter sivilbeskyttelsesloven § 28 e, kan det altså bestemmes at beslutninger etter sivilbeskyttelsesloven skal gis forrang. Som påpekt i forarbeidene legges det imidlertid til grunn at eksisterende fullmaktsbestemmelser i utgangspunktet vil være bedre egnet til å ivareta sektorspesifikke behov og forpliktelser, og at sivilbeskyttelsesloven § 28 e først og fremst vil bli anvendt for å supplere disse.

De nye bestemmelsene om sivil arbeidskraftberedskap gir fullmakter som samlet sett går vesentlig lengre enn helseberedskapslovens bestemmelse som er begrenset til tjenesteplikt og beordring, jf. for eksempel sivilbeskyttelsesloven § 28 c om regulering av adgangen til å etablere og avslutte arbeids- og tjenesteforhold og § 28 d om regulering av arbeids- og tjenesteforhold. Også bestemmelsen i sivilbeskyttelseslovens § 28 e om pålegg av arbeidsplikt går isolert sett lenger enn den lignende bestemmelsen om tjenesteplikt og beordring i helseberedskapsloven § 4-1. Blant annet åpner sivilbeskyttelseslovens bestemmelse for at gjeldende lover og privat regulering som er til hinder for den konkrete reguleringen av arbeidsplikten, kan fravikes i den utstrekning det er påkrevd.

Departementet har derfor vurdert om det kan være behov for å utvide helseberedskapslovens regulering av tjenesteplikt og beordring slik at de samlede fullmaktene etter helseberedskapsloven § 4-1 blir mer i tråd med de fullmaktene som følger av særlig sivilbeskyttelsesloven §§ 28 c, 28 d eller 28 e.

Departementet ser imidlertid ikke grunn til å foreslå utvidelse av fullmaktene etter helseberedskapsloven § 4-1. For det første er departementet usikker på om det faktisk vil være behov for å ha fullmaktsbestemmelser som går lenger enn hva dagens regulering åpner for. Dagens regulering gir omfattende fullmakter, men dersom det likevel skulle være behov for å gå noe lengre, antar departementet at man langt på vei vil kunne oppnå dette gjennom frivillige ordninger. For det andre viser departementet til at sivilbeskyttelseslovens fullmakter ved behov vil kunne supplere helseberedskapsloven, jf. uttalelsene i forarbeidene om at sivilbeskyttelseslovens betydning først og fremst vil være å supplere eksisterende beredskapslovgivning, herunder helseberedskapsloven, og sørge for at helsetjenester får nødvendig tilførsel av personell der helseberedskapslovens regler om beordring ikke strekker til.

19.4.5.2 «Ved kriser eller katastrofer i fredstid»

Fullmaktsbestemmelsene i helseberedskapsloven §§ 4-1 og 4-2 om tjenesteplikt og beordring kan også komme til anvendelse i situasjoner med kriser eller katastrofer i fredstid i henhold til § 1-5 nr. 2, jf. høringsnotatets punkt 16.4.3, 19.3.3 og 19.4.1.

Departementet legger til grunn at denne type situasjoner som klar hovedregel vil falle utenfor virkeområdet til de nye bestemmelsene i sivilbeskyttelsesloven, jf. loven § 28 a som presiserer at § 28 e om arbeidsplikt bare kan gis anvendelse når riket er i krig, krig truer eller rikets selvstendighet er i fare. Det kan imidlertid tenkes situasjoner som vil være å anse for kriser eller katastrofer i fredstid i henhold til helseberedskapsloven § 1-5 nr. 2, for eksempel tilfeller hvor terroristgrupper eller fremmede makter sprer biologiske eller radioaktive stoffer som medfører alvorlig og omfattende helserisiko for Norges befolkning, og hvor det samtidig kan være noe tvil om situasjonen også kan sies å falle inn under begrepet «rikets selvstendighet er i fare» i henhold til sivilbeskyttelsesloven § 28 a. I tråd med uttalelser i Prop. 11 L (2024-2025) side 67-68, legger imidlertid departementet til grunn at begrepet «rikets selvstendighet er i fare» primært vil gjelde for situasjoner som tilsier at man befinner seg helt øverst i krisespekteret og at det må kreves en kvalifisert trussel og en nærliggende fare for Norges selvstendighet eller sikkerhet. Det fremgår videre at man med lovforslaget har ønsket avgrense mot uønskede hendelser i fredstid i henhold til sivilbeskyttelsesloven § 1 og kriser og katastrofer i fredstid i henhold til helseberedskapsloven § 1-5.

På samme måte som i punkt 19.4.5.1, har departementet vurdert om det kan være behov for å utvide helseberedskapslovens regulering av tjenesteplikt og beordring ved kriser og katastrofer i fredstid, slik at de samlede fullmaktene etter helseberedskapsloven § 4-1 blir mer i tråd med de fullmaktene som følger av særlig sivilbeskyttelsesloven §§ 28 c, 28 d eller 28 e. Med samme begrunnelse som i punkt 19.4.5.1 ser imidlertid departementet ikke grunn til å foreslå utvidelse av fullmaktene etter helseberedskapsloven § 4-1.

20 Avkorting eller bortfall av pensjon ved arbeidsinntekt som følge av arbeid

20.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet vurderer departementet om helseberedskapsloven bør ha en fullmaktsbestemmelse som åpner for at det kan forskriftsfestes unntak fra pensjonslovgivningen for at alderspensjonister ikke skal få avkortet alderspensjon når de frivillig eller etter beordring tar del i helse- og omsorgstjenestens håndtering ved krig, krise eller katastrofe.

Departementet foreslår ikke en slik fullmaktsbestemmelse, og legger til grunn at det vil være mer hensiktsmessig å gjennomføre en ordinær lovprosess tilpasset den konkrete krisen.

20.2 Innledning

Ved krig, krise eller katastrofe vil det kunne oppstå et behov for økt bemanning i helse- og omsorgstjenesten. I slike situasjoner kan det være aktuelt å mobilisere blant annet alderspensjonister som tidligere har arbeidet i helse- og omsorgstjenesten.

Etter gjeldende regler for personer født i 1962 eller tidligere, vil arbeidsinntekt kunne medføre avkorting eller bortfall av pensjon. Dette gjelder både inntekt fra frivillig arbeid og arbeid etter beordring. Under koronapandemien ble det fastsatt midlertidige bestemmelser i pensjonslovgivningen slik at alderspensjonister som arbeidet frivillig med helse- og omsorgstjenestens håndtering av pandemien ikke skulle få avkortet alderspensjon.

20.3 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 1-3 regulerer hvilke virksomheter loven gjelder for. Loven gjelder også for personell som tjenestegjør i slike virksomheter. Etter § 1-4 andre punktum kan departementet i forskrift «bestemme at personell som har tjenestegjort i slike virksomheter, og særskilt kvalifisert personell, skal omfattes av loven». Fastsettelse av slik forskrift kan særlig være aktuelt overfor helsepersonell som arbeider i andre sektorer eller som har gått ut av arbeidslivet. De vil i så fall kunne omfattes av bestemmelsene i §§ 4-1 og 4-2 om tjenesteplikt og beordring. Se høringsnotatets punkt 11.5 om hvilket personell loven gjelder for.

Helseberedskapsloven § 6-1 bestemmer at utgifter som følge av påbud etter loven §§ 3-1 (rekvisisjon), 4-1 (tjenesteplikt og beordring), 5-1 (endringer i ansvars-, oppgave- og ressursfordeling) og 5-2 (omlegging og omsetningsrestriksjoner), skal «utredes av staten». Departementet legger til grunn at plikten til å dekke utgifter ikke omfatter økonomisk tap i form av avkorting eller bortfall av pensjon som følge av arbeidsinntekt ved frivillig eller beordret arbeid i helse- og omsorgstjenesten.

I lov 28. juli 1949 nr. 26 om Statens pensjonskasse oppstilles en tjenstepensjonsordning for ansatte i staten med minst 20 prosent stilling. Denne minstegrensen er under avvikling. Store deler av undervisnings- og forskningssektoren er også medlemmer. I tillegg kan virksomheter som statsforetak, statsaksjeselskaper og andre virksomheter med offentlig tilknytning, velge medlemskap for de ansatte på frivillig basis.

Forholdet til inntekt ved siden av alderspensjonen er regulert i loven § 26 tredje ledd, hvor tredje og fjerde punktum lyder:

«Løpende alderspensjon faller også bort ved ny innskottsplikt dersom grunnlaget i den nye stilling er minst like stort som grunnlaget i den tidligere stilling. Er grunnlaget i den nye stilling mindre, utbetales pensjon av forskjellen mellom grunnlagene.»

Avkorting av alderspensjon er knyttet til at man igjen tar en stilling som gir rett til medlemskap i tjenstepensjonsordningen. Tar man en stilling som gir rett til medlemskap i en annen offentlig tjenstepensjonsordning, vil dette også medføre avkorting av pensjonen fra Statens pensjonskasse. Det følger av overføringsavtalen som er inngått mellom Statens pensjonskasse og de fleste andre leverandører av offentlige tjenstepensjonsordninger i kommunale pensjonskasser, livsforsikringsselskap og lovfestede pensjonsordninger. Avtalen innebærer at opptjente pensjonsrettigheter i andre ordninger overføres til den siste pensjonsordningen man er medlem i. En stilling som gir rett til medlemskap i en annen offentlig tjenstepensjonsordning som er med i avtalen, vil dermed være likestilt med og medføre avkorting av alderspensjonen fra Statens pensjonskasse.

Ved arbeid i privat sektor, blir pensjonen fra den offentlige tjenstepensjonsordningen ikke påvirket av arbeidsinntekten.

Etter forskrift 19. desember 2003 nr. 1618, fastsatt med hjemmel i loven § 5, er en alderspensjonist som ansettes på såkalte pensjonistvilkår ikke medlem av Statens pensjonskasse. Det medfører at alderspensjonen ikke avkortes for pensjonistlønnen. Pensjonistlønnen er nå på 245 kroner per time.

Ordningene etter henholdsvis lov 26. juni 1953 nr. 11 om pensjonsordning for apotekvirksomhet mv. § 7 nr. 1 og lov 22. juni 1962 nr. 12 om pensjonsordning for sykepleiere § 11 tredje ledd, tilsvarer langt på vei ordningen etter Statens pensjonskasseloven, og innebærer også at det kan skje avkorting av alderspensjon.

Under koronapandemien ble det vedtatt midlertidige endringer i lov om Statens pensjonskasse § 26 sjette ledd, slik at alderspensjonister som arbeidet frivillig og etter beordring med helse- og omsorgstjenestens håndtering av pandemien ikke skulle få avkortet alderspensjon. Den midlertidige bestemmelsen i Statens pensjonskasselov § 26 sjette ledd lød:

«Løpende alderspensjon faller likevel ikke bort eller reduseres etter tredje ledd ved beordret tjeneste i forbindelse med covid-19, jf. helseberedskapsloven § 1-3 første ledd bokstav a til c og bokstav h. Frivillig tjeneste i offentlig helsetjeneste etter helseberedskapsloven § 1-3 første ledd bokstav a til c som er nødvendig for å møte et ekstraordinært personellbehov i forbindelse med covid-19, likestilles med beordret tjeneste.»

Tilsvarende midlertidige endringer ble vedtatt i lov om pensjonsordning for apotekvirksomhet mv. § 7 nr. 1 og lov om pensjonsordning for sykepleiere § 11 tredje ledd slik at alderspensjonister som arbeidet frivillig med helse- og omsorgstjenestens håndtering av pandemien ikke skulle få avkortet alderspensjon. Lovendringene ble foreslått i Prop. 53 LS (2019–2020) *Endringer i skatteloven og skattebetalingsloven mv. (økonomiske tiltak i møte med virusutbruddet)*.

Denne ordningen ble senere forlenget, jf. blant annet Prop. 32 L (2021–2022) *Endringer i lov om endring i lov om Statens pensjonskasse og enkelte andre lover (forlengelse av midlertidig unntak fra avkortingsreglene for alderspensjon som følge av covid-19)* og Prop. 123 L (2021–2022) *Endringer i lov om endring i lov om Statens pensjonskasse og enkelte andre lover (forlengelse av midlertidig unntak fra avkortingsreglene for alderspensjon som følge av covid-19)*. Ordningen opphørte å gjelde 1. september 2022.

20.4 Departementets vurderinger og forslag

I Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap - Fra pandemi til krig i Europa* punkt 3.1, påpekes det at erfaringene fra koronapandemien viser at helse- og omsorgstjenestene bør ha en større grad av forutsigbarhet og systematikk for hvordan reservepersonell kan tilgjengeliggjøres. Det uttales i den forbindelse blant annet:

«Regjeringen vil vurdere hvordan det kan legges til rette for effektiv mobilisering av personellressurser og reservepersonell med helsefaglig kompetanse som ikke har et ansettelsesforhold eller annen formell tilknytning til helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil blant annet utforme en modell som innebærer innhenting og bruk av opplysninger fra relevante virksomheter, eksisterende registre eller andre kilder for å fremskaffe oversikt over:

- Helsepersonell som tidligere har arbeidet i helse- og omsorgstjenesten, for eksempel pensjonister eller personell som nå arbeider utenfor tjenesten.
- Helsepersonell som ikke har arbeidet i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, men som har helsefaglig utdanning og erfaring fra utlandet eller privat sektor.»

Det påpekes at utformingen av pensjonsordningene i offentlig sektor for personer født før 1963 har gitt svake insentiver til å stå lenger i arbeid. Pensjonsordningenes utforming har blant annet bidratt til tidligere pensjonering og svakere økonomiske insentiver til å ta nytt arbeid etter pensjonering. Det vises til at dette har kunnet svekke effekten av frivillig mobilisering av pensjonister for krisehåndtering.

Ved alvorlige helsekriser kan det oppstå et behov for økt bemanning i helse- og omsorgstjenesten. Mobilisering av alderspensjonister som tidligere har arbeidet i helse- og omsorgstjenesten kan være et aktuelt tiltak. Økt mobilisering kan skje ved at det legges til rette for at disse personene frivillig melder seg til tjeneste. Etter dagens regler kan pensjonen på nærmere vilkår i så fall avkortes eller falle bort, og det vil sannsynligvis være mindre interessant for pensjonister frivillig å melde seg til tjeneste. Det er også adgang til å beordre alderspensjonister til arbeid i helse- og omsorgstjenesten, noe som også vil ha som konsekvens at pensjonen kan avkortes eller falle bort. Under pandemien ble det fastsatt midlertidige bestemmelser i pensjonslovgivningen, slik at

alderspensjonister som arbeidet frivillig eller etter beordring med helse- og omsorgstjenestens håndtering av pandemien ikke skulle få avkortet alderspensjon.

Departementet har vurdert om det i helseberedskapsloven bør innføres særskilte fullmaktsbestemmelser som åpner for at det ved krig, krise eller katastrofe kan besluttes unntak fra pensjonslovgivningen ved forskrift, uten å måtte gå veien om ordinær lovendring. Se høringsnotatets kapittel 23 for en helhetlig vurdering av behovet for fullmaktsbestemmelser i helseberedskapsloven som åpner for å fravike lov ved forskrift.

Dersom unntak fra pensjonslovgivningen skal kunne besluttes av Kongen i statsråd eller departementet, vil dette åpne for en raskere beslutningsprosess sammenlignet med ordinær lovgivningsprosess. Dersom det raskt kan besluttes at arbeidsinntekt som følge av frivillig eller beordret arbeid ved krig, krise eller katastrofe ikke skal medføre avkorting eller bortfall av pensjon, vil dette kunne gjøre det enklere og raskere å mobilisere nødvendig og kompetent personell.

På den annen side, taler grunnlovfestede maktfordelingsprinsipper og demokratihensyn for at fullmaktsbestemmelser som åpner for å fravike lov bare bør anvendes i situasjoner hvor normal lovbehandling ikke lar seg gjennomføre i den tiden som er til rådighet, for eksempel i situasjoner der Stortinget ikke er samlet eller hvor det haster svært mye. Departementet viser til at man under koronapandemien ved flere anledninger klarte å fremme lovforslag som Stortinget vedtok innen svært kort tid, inkludert midlertidige endringer i pensjonslovgivningen.

De gjeldende reglene om avkorting og bortfall av pensjon ved arbeidsinntekt er klare og absolutte i sin form, slik at eventuelle unntak i alminnelighet bør begrenses og være godt begrunnet. Pensjonslovgivningen er omfattende og kompleks, med en rekke innbyrdes avhengigheter. Endringer i enkeltbestemmelser vil kunne ha konsekvenser som det ikke vil være enkelt å forutse ved raske beslutninger om endring. En ordinær lovprosess vil i større grad kunne forhindre slike utilsiktede konsekvenser.

Nye pensjonsordninger i offentlig sektor for de som er født i 1963 eller senere, gir bedre insentiver til å stå lenger i arbeid og mulighet til å kombinere arbeid og pensjon uten at pensjonen avkortes. For grupper med særaldersgrenser vil imidlertid supplerende regler, i tråd med avtale mellom regjeringen og partene i offentlig sektor fra august 2023, bidra til svakere insentiver til å stå lenger i arbeid – og der enkelte pensjonselementer avkortes mot arbeidsinntekt. Dette vil likevel skje i mindre grad enn etter de gamle reglene.

Dersom det oppstår et ekstraordinært personellbehov i helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten som følge av krig, krise eller katastrofe, kan et alternativ til et lovfestet unntak fra avkortingsreglene være å tilby pensjonistlønn. Pensjonistlønnen fastsettes i de enkelte tariffområdene. Lønnen avkorter ikke alderspensjon, og departementet kan ved behov gjøre unntak fra inntektsavkortingen av AFP i forskrift om kombinasjon av avtalefestet pensjon for medlemmer av Statens pensjonskasse og arbeidsinntekt (pensjongivende inntekt). Ordningen med pensjonistlønn er derfor en fleksibel løsning som raskt kan innføres dersom det på nytt oppstår et ekstraordinært personellbehov i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet viser også til at beredskapshendelser vil kunne være svært ulike. I noen tilfeller kan det være stort behov for mobilisering av ekstrapersonell, mens man i andre situasjoner primært kan trenge medisinske mottiltak i form av legemidler, vaksiner eller smittevernutstyr. Tilsvarende kan det være behov for økt tilfang av kun utvalgte helsepersonellgrupper. Midlertidige endringer i pensjonslovgivningen bør dermed vurderes og utformes slik at de får best mulig effekt i den konkrete krisen og for det personellbehovet som da oppstår. Dette kan tale mot at det på forhånd lovfestes særskilte fullmaktsbestemmelser, som nødvendigvis må være av en generell og overordnet art.

Behovet for å øke tilgangen til nødvendig helse- og omsorgspersonell og å bruke det personellet man har til rådighet riktigere, er aktuelt både i normaltider og under kriser. Departementet viser blant annet til Helsepersonellkommisjonens utredning, NOU 2023: 4 *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, hvor kommisjonen har vurdert en lang rekke tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet på kort og lang sikt. Regjeringen har blant annet fulgt opp Helsepersonellkommisjonens utredning i Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*. Regjeringen vil fortsette arbeidet for å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten gjennom tre innsatsområder med tilhørende tiltak; i) understøtte arbeidet med å fremme et godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår, ii) hensiktsmessig oppgavedeling og kompetanseutvikling for å fremme en effektiv organisering av arbeidsprosesser og iii) understøtte arbeidet med å sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Dette vil ha betydning for helse- og omsorgstjenestens tilgang på personell ved helsekriser.

Under henvisning til det ovenstående har departementet kommet til at det ikke er hensiktsmessig å foreslå særskilte fullmaktsbestemmelser i helseberedskapsloven som åpner for at det ved forskrift kan fastsettes unntak fra pensjonslovgivningen.

Departementet legger til grunn at det i en fremtidig helsekrise med behov for å mobilisere alderspensjonister vil være mest hensiktsmessig å beslutte nødvendige endringer i pensjonslovgivningen ved hjelp av en ordinær lovprosess tilpasset den konkrete krisen.

21 Unntak fra utdanningsstøtteregelverket ved mobilisering av studenter innen helsefag som reservepersonell i helse- og omsorgstjenesten

21.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

Ved krig, krise eller katastrofe kan det være aktuelt å mobilisere studenter innen helsefag som reservepersonell i tjenesten. Gjeldende regelverk gir adgang til å fastsette midlertidige forskrifter om særreguleringer eller unntak fra utdanningsstøtteregelverket. Departementet foreslår derfor ikke særskilte fullmaktsbestemmelser om dette i helseberedskapsloven.

21.2 Innledning

Ved krig, krise eller katastrofe kan det være aktuelt å mobilisere også studenter innen helsefag som reservepersonell i tjenesten. Studenter frivillige arbeid eller arbeid etter beordring kan imidlertid få betydning for den enkeltes studieprogresjon. Dette vil igjen kunne få betydning for adgangen til støtte fra Statens lånekasse, både i form av lån og stipend.

21.3 Gjeldende rett

Etter lov 3. juni 2005 nr. 37 om utdanningsstøtte gis det på nærmere vilkår utdanningsstøtte til en utdanning som er godkjent for utdanningsstøtte av departementet. Utdanningsstøtte kan gis som stipend og lån. Stortinget fastsetter utdanningsstøtten og hvor stor del som skal gis som stipend. Nærmere regler om utdanningsstøtte er gitt blant annet i forskrift 15. april 2020 nr. 798 om utdanningsstøtte.

Under koronapandemien ble det fastsatt forskrift 1. juli 2020 nr. 1459 om midlertidige regler for utdanningsstøtte som følge av utbruddet av covid-19. Forskriften var gitt med hjemmel i utdanningsstøtteleven §§ 4, 5 og 7 og gjaldt til 31. desember 2022. Formålet med forskriften var å motvirke negative økonomiske konsekvenser koronapandemien kunne ha for studenter som hadde søkt eller skulle søke om utdanningsstøtte etter utdanningsstøtteleven.

Forskriften innebar blant annet at elever og studenter som midlertidig ble boende hjemme eller som flyttet hjem igjen under pandemien, ikke mistet retten til ulike former for utdanningsstøtte. Videre skulle det ved behovsprøving etter forskrift om utdanningsstøtte kapittel 12, sees bort fra inntekt som var opptjent i perioden 1. januar 2022 til og med 31. desember 2022 ved arbeid i helse- og omsorgssektoren og i barnehage- og skolesektoren. Det ble også åpnet for adgang til tilleggs lån ved nedgang i inntekt på grunn av utbrudd av covid-19.

21.4 Departementets vurderinger og forslag

I Helseberedskapsmeldingens punkt 3.1 påpekes det at erfaringene fra koronapandemien viser at helse- og omsorgstjenestene bør ha en større grad av forutsigbarhet og systematikk rundt hvordan reservepersonell kan tilgjengeliggjøres. Følgende uttales om studenter:

«For krisehåndtering kan det også være behov for å mobilisere flere studenter innen helsefag som reservepersonell i tjenesten enn medisin- og farmasistudenter som i dag får studentlisens etter progresjon i studiet. Under pandemien ble det åpnet opp for at også studenter, elever og lærlinger som er under annen helse- og sosialfaglig utdanning kunne få innvilget studentlisens i siste studieår. Regjeringen vil under arbeidet med revisjon av helseberedskapsloven vurdere om dette bør gjøres til en permanent ordning. Ordningen gir fordeler for rask bruk og mobilisering av studenter, samt oversikt over denne arbeidskraftreserven.

I kriser kan mye tale for at det bør legges vekt på tilrettelegging for avvikling av praksis og læretid for å fremme studieprogresjon og sikre rekruttering til tjenestene. Under pandemien ble det opprettet en nasjonal knutepunktgruppe som koordinerte samarbeidet mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen vil under arbeidet med revisjon av helseberedskapsloven vurdere om dette bør bli en permanent ordning som kan iverksettes i kriser.»

Spørsmålet om å innføre en ordning med studentlisens til flere studentgrupper eller studieretninger er vurdert i høringsnotatets punkt 14.6.5.2 om forberedende beredskapstiltak.

Som redegjort for i punkt 21.3, gir gjeldende regelverk på nærmere vilkår adgang til å fastsette midlertidige forskrifter om særreguleringer eller unntak fra utdanningsstøtteregelverket. Departementet foreslår derfor ikke særskilte fullmaktsbestemmelser om dette i helseberedskapsloven. Departementet legger til grunn at det i en fremtidig helsekrise med behov for å mobilisere studenter, og hvor dagens regelverk ikke er tilstrekkelig til å fastsette nødvendige midlertidige ordninger, vil være mest hensiktsmessig å beslutte nødvendige endringer ved hjelp av en ordinær lovprosess tilpasset den konkrete krisen.

22 Rekvisisjon

22.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet vurderer departementet fullmaktshjemplene knyttet til beslutninger om rekvisisjon, jf. helseberedskapsloven §§ 3-1 til 3-5.

Departementet foreslår:

- Gjeldende §§ 3-1 til 3-5 om adgang til å beslutte rekvisisjon, videreføres i all hovedsak som §§ 3-1 til 3-5 i forslag til ny lov
- Det innføres en særskilt adgang til å beslutte rekvisisjon av teknisk utstyr og kjemikalier fra produsenter eller leverandører som er nødvendig for å kunne produsere rent drikkevann til befolkningen

22.2 Innledning

Som redegjort for i kapittel 16, innebærer oppfyllelse av vilkårene etter loven § 1-5 at departementet vil kunne beslutte anvendelse av lovens fullmaktsbestemmelser. I dette kapitlet drøftes fullmaktshjemplene knyttet til beslutninger om rekvisisjon, jf. loven §§ 3-1 til 3-5. Kapittelet bør særlig sees i sammenheng med kapittel 17 om lovens fullmaktshjemplene knyttet til ansvars-, oppgave- og ressursfordeling, kapittel 18 om lovens fullmaktshjemplene knyttet til beslutninger om omlegging av tjenestene og omsetningsrestriksjoner og kapittel 19 om lovens fullmaktshjemplene knyttet til beslutninger om tjenesteplikt og beordring. Fullmaktshjemplene må også sees i sammenheng med adgangen til å fravike gjeldende lov (derogasjon) etter helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd, som drøftes i kapittel 23.

22.3 Gjeldende rett

22.3.1 Regler om rekvisisjon i helseberedskapsloven og annen helselovgivning

Med rekvisisjon siktes gjerne til tvangsavståelse av fast eiendom eller varer og annet løsøre i krise- og krigstid. Rekvisisjon kan også gjelde personlige arbeidsytelser, disposisjonsrett over alle slags transportmidler, fabrikker, verksteder, kraftverk eller naturressurser. Rettslig sett betyr da rekvisisjon det samme som ekspropriasjon. Det skilles gjerne mellom rekvisisjon for bruk eller til eie.

Ved lovgivning kan det bestemmes hvilke gjenstander som kan rekvireres eller eksproprieres, og for hvilke formål. Av Grunnloven § 105 fremgår imidlertid at statskassen må betale full erstatning ved rekvisisjon og ekspropriasjon. Dette prinsippet kan ikke fravikes ved lov. Tradisjonelt ble det antatt at ekspropriasjon bare kunne skje til fordel for staten, men ekspropriasjonsrett er i stor utstrekning også gitt til kommuner. Som regel er ekspropriasjon avhengig av særskilt tillatelse av Kongen, et departement eller en annen offentlig myndighet.

I gjeldende § 3-1 første ledd er departementet på nærmere vilkår gitt hjemmel til å rekvirere fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr.

Bestemmelsen i sin helhet lyder:

«§ 3-1 *Rekvisisjon*

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet med de begrensninger som følger av annet ledd mot erstatning kreve avstått til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr. Avståelse til bruk omfatter rett til å foreta de endringer ved gjenstanden eller den faste eiendom som anses nødvendig.

Eiendomsrett til fast eiendom kan bare kreves avstått i medhold av denne lov når riket er i krig eller når krig truer, og avståelsens formål ikke kan oppnås gjennom tidsbegrenset bruksrett eller annen særlig rådighet over eiendommen.

Departementet kan gi tillatelse til at også andre kan kreve slik avståelse som nevnt i første ledd. Annet ledd gjelder i så fall tilsvarende. Departementet kan bestemme at den som får tillatelse som nevnt i første punktum, skal dekke utgiftene ved avståelsen helt eller delvis.

Departementet kan gi eier eller bruker av løsøre pålegg om at tingen skal stilles til rådighet på angitt sted.

Avståelsen kan kreves gjennomført straks, selv om erstatning ikke er betalt eller fastsatt. Rekvirerende myndighet skal i så fall sørge for å innhente de beskrivelser og opplysninger som er nødvendig for fastsetting av erstatning. Skjønn etter § 3-3 skal holdes så snart som mulig. Når det er nødvendig, kan avståelsen gjennomføres ved politiets hjelp.

Krav om avståelse skal fremsettes skriftlig. Når avståelse har funnet sted, skal det utstedes skriftlig kvittering med nøyaktig angivelse av det som er avstått, samt tid og sted for avståelsen.»

Loven § 3-2 gir nærmere regler om forberedende tiltak med sikte på rekvisisjon.

Adgangen til å pålegge slike forberedende tiltak kan gis forut for en krise, katastrofe eller krig, eller mens slik situasjon foreligger. Bestemmelsen lyder:

«§ 3-2 *Forberedende tiltak med sikte på rekvisisjon*

Som ledd i forberedende tiltak kan de myndigheter som Kongen bestemmer, peke ut fast eiendom og løsøre som skal avstå etter § 3-1, og gi eier og bruker av løsøre pålegg om at tingen i nærmere angitte tilfelle skal stilles til rådighet på angitt sted.

Eier og bruker av fast eiendom eller løsøre plikter etter krav fra myndighetene å erkjenne mottakelse av melding om tiltak eller pålegg som nevnt, samt å gi opplysninger og å gi adgang til inspeksjon. Løsøre kan om nødvendig pålegges brakt til bestemt sted for inspeksjon. Slike pålegg skal oppfylles uten erstatning, med mindre annet er bestemt av Kongen.

Fast eiendom og løsøre kan etter avgjørelse av de myndigheter Kongen bestemmer, utbedres eller på annen måte forandres for å gjøres tjenlig for det påtenkte formål.»

I § 3-3 er det gitt bestemmelser om erstatningsutmåling som følge av avståelse eller rekvisisjon, og i § 3-4 er det regler om fastsettelse av takster for bruk av husrom, lagerrom og løsøre og for utgifter ved å etterkomme pålegg etter § 3-1 og § 3-2 første ledd. Bestemmelsene lyder:

«§ 3-3 *Erstatningsutmåling*

Erstatning for avståelse etter § 3-1 og for tap og utgifter ved å etterkomme pålegg etter § 3-2 fastsettes i mangel av minnelig overenskomst ved skjønn etter lov om skjønn og ekspropriasjonssaker 1. juni 1917 nr. 1, med mindre noe annet bestemmes i eller i medhold av denne lov.

Kongen kan bestemme at skjønn skal avgis av de nemnder som oppnevnes etter lov 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner § 13, jf. § 14.

§ 3-4 *Om fastsettelse av takster*

Departementet kan fastsette takster for bruk av husrom, lagerrom og løsøre og for utgifter ved å etterkomme pålegg etter § 3-1 og § 3-2 første ledd. Takstene kan fastsettes for hele riket eller for deler av det.»

Bestemmelsen i § 3-5 gir regler om samordning av rekvisisjoner etter helseberedskapsloven og lov om militære rekvisisjoner. Bestemmelsen lyder:

«§ 3-5 *Samordning av rekvisisjoner*

Når militære myndigheter har rekvisisjonsrett etter lov 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner, får § 8 i samme lov tilsvarende anvendelse ved krav om avståelse etter loven her i den utstrekning Kongen bestemmer.»

Etter smittevernloven § 4-1 fjerde ledd, kan kommunestyret mot vederlag bruke eller skade andres eiendom, blant annet for å isolere personer i geografisk avgrensede områder, når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet. Tiltaket skal straks oppheves når det ikke lenger er nødvendig, jf. bestemmelsens femte ledd.

22.3.2 Andre regler om rekvisisjon

Rekvisisjonsbestemmelser ved beredskap og krig finnes i flere lover. Den generelle rekvisisjonshjemmelen med sikte på beredskap, er i lov av 15. desember 1950 nr 7 om særlige rådgjerd under krig, krigsfare og liknende forhold (*beredskapsloven*) § 15. Rekvirerende myndighet etter loven er Kongen. Bestemmelsen lyder:

«Når riket er i krig eller krig truer eller rikets selvstendighet eller sikkerhet er i fare, kan Kongen, i den utstrekning det er nødvendig til varetakelse av viktige samfunnsinteresser, kreve avstått til stat eller kommune eiendomsrett til eller annen rådighet over løsøre av ethvert slag, herunder elektrisk kraft, samt bruksrett til eller annen særlig rådighet over fast eiendom.

Den som kravet er rettet mot plikter å medvirke til at transportmidler, varer o.l. som skal avstås, snarest mulig blir stillet til rådighet på angitt sted. Når det er nødvendig, kan det kreves hjelp av politiet til å få kravet gjennomført.

Kravet om avståing skal fremsettes skriftlig. Når avståing har funnet sted, skal det gis skriftlig kvittering.»

Beredskapsloven § 15 suppleres av lov 16. desember 2011 nr. 65 om næringsberedskap (*næringsberedskapsloven*) hvor Kongen ved forskrift med hjemmel i loven § 6 kan gi bestemmelser som blant annet kan innebære at næringsdrivende pålegges å avstå løsøre og fast eiendom «når det på grunn av risiko for etterspørselssjokk, tilbudssvikt eller logistikkbrist er nødvendig for å sørge for at befolkningens behov, det militære forsvarets behov, allierte militære styrkers behov i Norge eller internasjonale forpliktelser knyttet til varer og tjenester».

Med hjemmel i næringsberedskapsloven § 8 kan Kongen fatte vedtak om forberedende rekvisisjoner i fredstid. Bestemmelsens første ledd lyder:

«Når det på grunn av risiko for tilbudssvikt, etterspørselssjokk eller logistikkbrist er nødvendig for å sørge for at befolkningens behov, det militære forsvarets behov, allierte militære styrkers behov i Norge eller internasjonale forpliktelser knyttet til varer og tjenester, dekkes, kan Kongen fatte vedtak om særskilte tiltak eller vedtak om forberedelser til særskilte tiltak.»

For det militære forsvaret finnes generelle rekvisisjonsbestemmelser i *lov av 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner*. Loven gir en generell rekvisisjonsadgang for militære myndigheter når riket er i krig, jf. loven § 1 første ledd hvor det blant annet uttales at når riket er i krig «kan militære myndigheter rekvirere alt som er nødvendig for krigsmakten og institusjoner som er knyttet til den». De myndigheter Kongen bestemmer, gis i loven § 6 hjemmel til å fatte vedtak om forberedende rekvisisjoner i fredstid.

For sivilforsvarsformål er generelle rekvisisjonsbestemmelser inntatt i sivilbeskyttelsesloven. Loven § 25 lyder:

«§ 25 Rekvisisjon

Departementet kan kreve avstått eiendomsrett, bruksrett eller annen særlig rådighet over fast eiendom i den grad det er nødvendig for oppfyllelse av lovens bestemmelser. Det samme gjelder rettigheter og løsøre av ethvert slag og elektrisk kraft. Avståelse til bruk omfatter rett til å foreta de endringer ved gjenstanden eller den faste eiendommen som anses nødvendig.

Eiendomsrett til fast eiendom kan bare kreves avstått når avståelsens formål ikke kan oppnås gjennom tidsbegrenset bruksrett eller annen særlig rådighet over eiendommen.

Departementet kan gi tillatelse til at også andre kan kreve slik avståelse som nevnt i første ledd. Departementet kan bestemme at den som får slik tillatelse, skal dekke utgiftene ved avståelsen helt eller delvis.

Departementet kan gi eier eller bruker av løsøre pålegg om at tingen skal stilles til rådighet på angitt sted.

Krav om avståelse skal fremsettes skriftlig. Når avståelse har funnet sted, skal det utstedes skriftlig kvittering med angivelse av det som er avstått, samt tid og sted for avståelsen.

Avståelsen kan kreves gjennomført straks, selv om erstatning ikke er betalt eller fastsatt. Rekvirerende myndighet skal i så fall sørge for å innhente de beskrivelser og opplysninger

som er nødvendige for fastsetting av erstatning. Skjønn etter § 27 skal avholdes så snart som mulig. Når det er nødvendig kan rekvirering gjennomføres med bistand fra politiet.»

Rekvisisjonsadgangen i sivilbeskyttelsesloven er ikke begrenset til å gjelde i krigstid, men gjelder også ved innsats av Sivilforsvaret ved katastrofer som ikke skyldes krigshandlinger.

Av loven § 28 fremgår at dersom militære myndigheter har rekvisisjonsrett etter lov 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner, så skal § 8 i sistnevnte lov få tilsvarende anvendelse for krav om avståelse etter sivilbeskyttelsesloven i den utstrekning departementet bestemmer.

Av *folketrygdloven* § 25-17 tredje ledd følger at Arbeids- og velferdsdirektoratet i en krisesituasjon kan «gis rett til rekvisisjon av naturalytelser til erstatning for ytelser etter denne lov». Bestemmelsene i helseberedskapsloven kapittel 3 gjelder tilsvarende så langt de passer.

Av § 25-17 femte ledd fremgår det at departementet «bestemmer når fullmaktene etter denne paragrafen skal anvendes» og at «Kongen i statsråd kan bestemme at bestemmelsene skal gjelde tilsvarende ved kriser og katastrofer i fredstid for et begrenset tidsrom og maksimalt for 1 måned av gangen.» Av bestemmelsens sjette ledd fremgår at Helsedirektoratet har tilsvarende fullmakter som følger av første til fjerde ledd for vedtak etter folketrygdloven kapittel 5

22.4 Departementets vurderinger og forslag

22.4.1 Videreføring av fullmaktsbestemmelser som gir adgang til rekvisisjon

22.4.1.1 *Generelt om adgang til rekvisisjon*

Helseberedskapsloven har som nevnt særskilte regler om adgang til rekvisisjon ved kriser og katastrofer i fredstid, og ved krig eller når krig truer.

I kriser hvor helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten har behov for å benytte privat eller annen offentlig eiendom, vil dette trolig la seg ordne gjennom avtaler og henstillinger. I forbindelse med koronavirusutbruddet ble det i 2020 varslet at det kunne være nødvendig å rekvirere boliger, hoteller eller lignende, for eksempel i en situasjon hvor et cruiseskip med koronasmittede personer anløp, se Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-2020-2 – Informasjon om dekning av tap og utgifter som følge av koronaviruset. Når det gjaldt karantenehotellordningen, ble det etter forhandlinger inngått avtale med private aktører om leie av hotell og hotellplasser. Ved større redningsaksjoner hvor det kreves innsats fra flere sektorer og når lokal redningssentral er opprettet, vil det være politimesteren eller brannsjefen som aktiviserer ekstra ressurser utenfor helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.

Selv om man normalt vil ønske å oppnå frivillige ordninger dersom det offentlige har et ønske om å overta rådighet eller eiendomsrett til fast eiendom eller løsøre, kan dette på grunn av tidsaspektet være vanskelig under kriser, katastrofer og krig. Det kan også tenkes situasjoner hvor private av ulike grunner ikke ønsker å inngå avtale, for eksempel

situasjoner hvor det er ønskelig å få tilgang til husrom for å kunne behandle smittefarlige pasienter. Private kan også av andre grunner ikke ønske å inngå avtale om at det offentlige skal kunne disponere eller forbruke deres faste eiendom eller løsøre, selv om det i ettertid skal betales erstatning. I tilfeller hvor den annen part av ulike grunner motsetter seg å avstå gjenstanden, vil en lovfestet adgang til rekvisisjon for det offentlige være nødvendig. Det kan heller ikke utelukkes at det faktisk at en rekvisisjonsadgang eksisterer kan gjøre det enklere å komme frem til frivillige avtaler.

Faren for misbruk av rekvisisjonsadgangen motvirkes ved at Kongen eller departementet må ha fattet beslutning i medhold av § 1-5 om at fullmaktsbestemmelsene i loven skal gjelde, før myndighet til rekvisisjon etter § 3-1 kan anvendes. Departementet viser også til at rekvisisjonsadgangen må sees i sammenheng med Grunnloven § 105, som krever at hensynet til «statens tarv» må tilsi «at noen må avgi sin rørlige eller urørlige eiendom til offentlig bruk». Det må altså gjøres en konkret vurdering hvor nødvendigheten av å beslutte rekvisisjon må vurderes opp mot muligheten for å oppnå det samme formålet gjennom frivillighet. Rekvisisjonsadgangen må også ses i sammenheng med Den europeiske menneskerettighetskonvensjonens tilleggsprotokoll 1 (EMK TP-1) artikkel 1. Det fremgår der at enhver fysisk eller juridisk person har rett til å få nyte sin eiendom i fred, og at ingen skal bli fratatt sin eiendom unntatt i «det offentliges interesse». I så fall skal dette også skje på de betingelsene som er hjemlet ved lov. Det fremgår også at det må foretas en forholdsmessighetsvurdering av inngrepet holdt opp mot begrunnelsen for inngrepet.

Faren for misbruk av en rekvisisjonsadgang kan også motvirkes gjennom vilkår for bruk av rekvisisjonshjemmelen, for eksempel ved å fastsette hvilket organ som kan bestemme når rekvisisjonsretten skal gjelde og hvem som skal dekke kostnadene. Beslutning om rekvisisjon skal treffes av departementet, og først etter forutgående beslutning av Kongen om at vilkårene for å anvende fullmaktshjemlene er oppfylt, jf. loven § 1-5.

Med henvisning til ovenstående foreslår departementet å videreføre i ny lov de gjeldende fullmaktsbestemmelsene som på nærmere vilkår gir adgang til å rekvirere fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, ved kriser, katastrofer og krig.

Departementet foreslår imidlertid at det i rekvisisjonsbestemmelsen i ny lov § 3-1 også innføres en særskilt adgang til å beslutte rekvisisjon av teknisk utstyr og kjemikalier fra produsenter eller leverandører som er nødvendig for å kunne produsere rent drikkevann til befolkningen. Det foreslås også å videreføre bestemmelser om forberedelser til rekvisisjon, erstatningsutmåling, fastsettelse av takster og samordning av rekvisisjoner i ny lov §§ 3-2 til 3-5. Disse bestemmelsene drøftes under punkt 22.4.4.

22.4.1.2 *Hovedbestemmelsen om rekvisisjon*

Departementet foreslår som nevnt å videreføre bestemmelsene i gjeldende lovs kapittel 3 om rekvisisjon. Hovedbestemmelsen om rekvisisjon foreslås regulert i ny lov § 3-1.

Beslutning om rekvisisjon forutsetter at vilkårene etter loven § 1-5 er oppfylt. Dette innebærer at adgangen til rekvisisjon vil gjelde både ved «kriser eller katastrofer i

fredstid» og «ved krig eller når krig truer», likevel slik at eiendomsrett til fast eiendom kun skal kunne kreves «ved krig eller når krig truer».

Videreføringen innebærer at departementet gis adgang til, «å kreve avstått til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for helse- og omsorgstjenester og sosialtjeneste».

Med «bruk» menes også forbruk. Med «annen særlig rådighet» siktes det primært til rådighet som hindrer eieren i å kunne benytte egen fast eiendom eller løsøre på vanlig måte. Grunnloven § 105 verner den enkelte mot rådighetsinnskrenkninger, dersom disse er av ekstraordinær karakter.

Det er adgang til rekvisisjon «som trengs», til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr. Dette innebærer et krav om at rekvisisjon må være nødvendig. Kravet om at rekvisisjon må være «til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester» innebærer at formålet med rekvisisjonen må være å oppfylle lovfestede plikter og pasient- og brukerrettigheter. Det kan for eksempel være nødvendig å rekvirere fast eiendom for å skaffe seg egnede lokaler for å kunne tilby nødvendig undersøkelse, behandling og pleie og omsorg. I slike tilfeller vil det også kunne være nødvendig å rekvirere ulike former for løsøre for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Dette kan for eksempel være senger, sengetøy, medisinsk utstyr og medisinsk forbruksmateriale som inngår i eller forbrukes ved undersøkelse, behandling og pleie.

Videre foreslås det hjemmel til å kreve avstått til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet, «bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr». Ved omfattende kriser eller katastrofer kan det være nødvendig med bistand fra helse- og omsorgspersonell fra andre deler av landet. I slike situasjoner kan det oppstå raskt behov for å stille bolig til rådighet og behov for å lagre materiell og utstyr.

Departementet «kan» benytte seg av rekvisisjon, og har derfor en skjønnsmessig adgang til å kreve at fast eiendom, rettigheter og løsøre avstås. Før beslutning om rekvisisjon fattes, må det vurderes om formålet kan oppnås med mindre inngripende tiltak eller virkemidler, for eksempel frivillig avtale.

Avståelse skal skje «mot erstatning». Se omtale av erstatningsutmåling og fastsettelse av takster nedenfor. Avgivelse av rørlig eller urørlig eiendom anses som ekspropriasjon og gir den enkelte krav på full erstatning etter Grunnloven § 105. Også Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen tilleggsprotokoll 1 (EMK TP-1), artikkel 1, krever at den enkelte gis kompensasjon ved ekspropriasjon.

Departementet legger til grunn at rekvisisjon uten adgang til forhåndsplanlegging etter § 3-2 først bør benyttes når andre muligheter for anskaffelse av aktuelle varer og tjenester er forsøkt. Dette skyldes at rekvisisjon uten forhåndsplanlegging vil gi mindre grad av leveringssikkerhet, mindre forutsigbarhet for berørte parter og også innebære uklare konsekvenser for andre potensielle rekvirenter.

Avståelse til bruk omfatter også «rett til å foreta de endringer med gjenstanden eller den faste eiendom som anses nødvendig».

Rekvisisjon av fast eiendom skal også etter ny lov kun være mulig når riket er i krig eller når krig truer, ikke ved kriser og katastrofer i fredstid. Bestemmelsen er en naturlig konsekvens av at rekvisisjonsadgangen i fredstid er tidsbegrenset. Den samme begrensningen gjelder også for rekvisisjon etter lov om militære rekvisisjoner, også ved krig, jf. loven § 2.

Når riket er i krig eller når krig truer, kan fast eiendom ikke uten samtykke av eieren kreves avstått til eie, dersom avståelsens formål kan oppnås gjennom tidsbegrenset bruksrett eller annen særlig rådighet over eiendommen. Det kreves altså en vurdering av om formålet kan oppnås med mindre inngripende virkemidler enn overtagelse av eiendomsrett.

De samme begrensningene som gjelder for departementet, skal også gjelde for andre som gis slik myndighet etter departementets vedtak. Videre kan departementet bestemme at den som får myndighet helt eller delvis skal dekke utgiftene til rekvisisjonen, for eksempel dersom rekvisisjonen vil ha fordel av rekvisisjonen.

Departementet skal fremdeles ha myndighet til å gi eier eller bruker av løsøre pålegg om at tingen skal stilles til rådighet på angitt sted. Eiere vil ofte bare ha begrensede utgifter som følge av slike pålegg. Eventuelle utgifter skal likevel erstattes.

Avståelsen kan kreves gjennomført straks, selv om erstatning ikke er betalt eller fastsatt. Den som krever avståelsen, skal i så fall sørge for å innhente de beskrivelsene og opplysningene som er nødvendig for å fastsette erstatningsbeløpet. Et eventuelt skjønn skal holdes så snart som mulig.

Avståelsen kan gjennomføres ved politiets hjelp dersom dette er nødvendig, typisk hvor den som må avstå eiendom, bruk eller annet ikke samarbeider.

Et krav om avståelse skal fremsettes skriftlig. Når avståelsen har funnet sted, skal det gis skriftlig kvittering som angir det som er avstått, når det er avstått og sted for avståelsen.

22.4.1.3 *Rekvisisjon av utstyr og kjemikalier som er nødvendige for å sikre befolkningen vannforsyning og rent drikkevann*

Levering av trygt drikkevann er grunnleggende for folkehelsen, og dermed grunnleggende for helseberedskapslovens formål om «å verne befolkningens liv og helse. Som det fremgår i punktene 11.4.2.6 og 11.4.2.9, omfattes «vannverk» av helseberedskapsloven, mens det kreves forskrift for at «underleverandører» skal omfattes.

Med hjemmel i gjeldende § 3-1 første ledd er det adgang til å rekvirere fra produsenter eller leverandører utstyr og kjemikalier som det er nødvendig å bruke i vannverk for å kunne sikre vannforsyning og rent drikkevann, såfremt dette er nødvendig «til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester». Rekvisisjon som har til formål å sikre hele befolkningen rent vann vil imidlertid trolig falle utenfor bestemmelsen. Det kan likevel være mulig å beslutte rekvisisjon etter sivilbeskyttelsesloven § 25 og næringsberedskapsloven §§ 6 og 8.

Vannforsyning har noen særtrekk som skiller det fra andre typer produkter. Vann produseres og leveres kontinuerlig ut til mottakerne via rørledninger. Stopp i

vannforsyningen er alvorlig for praktisk talt alle samfunnsfunksjoner fordi tilgang på helsemessig trygt vann er nødvendig til drikke og sanitær bruk. Det er også viktig for avløpssystemer, for mange funksjoner og virksomheter som bruker vann i sin produksjon og for tilgang til slokkevann. Tilgang til utstyr og kjemikalier kan i en krise være helt avgjørende for vannforsyning og produksjon av rent drikkevann.

Departementet foreslår på denne bakgrunnen å lovfeste i ny lov § 3-1 andre ledd en adgang til å rekvirere fra produsenter eller leverandører utstyr og kjemikalier som det er nødvendig å bruke i vannverk for å kunne sikre vannforsyningen generelt og rent drikkevann til befolkningen.

22.4.1.4 *Forberedende tiltak med sikte på rekvisisjon*

Departementet foreslår å videreføre gjeldende § 3-2 første ledd om forberedende tiltak i form av utpeking av eiendom og løsøre eller pålegg om at tingen i nærmere angitte tilfelle skal stilles til rådighet på angitt sted..

Bestemmelsen gir adgang til å iverksette forberedende tiltak før det foreligger en situasjon som gjør at § 1-5 får anvendelse. Tiltakene kan dermed utføres før krig, krise eller katastrofe er inntrådt og før Kongen har bestemt at fullmaktsbestemmelsene i loven skal gjelde. Staten skal yte erstatning for utgifter og tap ved å stille gjenstander som er forberedt rekvirert til rådighet for rekvirenten.

Den som eier eller bruker eiendommen eller løsøret har etter andre ledd plikt til å erkjenne å ha mottatt krav eller underretning om at det er gitt pålegg. Eier eller bruker har også plikt til å gi nødvendige opplysninger og stille eiendommen eller løsøret til inspeksjon. Løsøre kan også bli pålagt flyttet til bestemt sted for nærmere inspeksjon.

Utgifter knyttet til plikter eller pålegg etter bestemmelsen må i utgangspunktet forutsettes å være uvesentlige, og skal derfor i utgangspunktet ikke gi rett til erstatning. I en krisesituasjon er det heller ikke hensiktsmessig å bruke administrative ressurser på slike krav. Bestemmelsen bør likevel åpne for at Kongen kan bestemme at det kan ytes erstatning når dette anses rimelig, for eksempel for nødvendige utgifter til reise eller flytting av løsøre.

I tredje ledd er det presisert at de myndighetene som er utpekt av Kongen, skal kunne fatte avgjørelse om å endre eller utbedre fast eiendom eller løsøre for å benytte den til det aktuelle formålet.

22.4.1.5 *Erstatning ved rekvisisjon*

Departementet foreslår å videreføre gjeldende § 3-3 om utmåling av erstatning ved rekvisisjon i ny lov § 3-3.

Avståelse av eiendom som anses som ekspropriasjon gir krav på full erstatning etter Grunnloven § 105. Etter analogi fra Grunnloven § 105 må det også legges til grunn at den enkelte har vern mot rådighetsinnskrenkninger, dersom disse er av ekstraordinær karakter.

Myndighetene og den private kan enes om en avtale om erstatning for avståelsen. Dersom det ikke oppnås en minnelig overenskomst, skal erstatningen fastsettes ved skjønn etter lov 1. juni 1917 nr. 1 om skjønn og ekspropriasjonssaker (skjønnsprosessloven). En annen

ordning kan bestemmes i eller i medhold av helseberedskapsloven. Kongen kan også bestemme at skjønn skal avgis av de nemndene som oppnevnes etter lov 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner § 13, jf. § 14. Sammen med bestemmelsen i sivilbeskyttelsesloven § 27, muliggjør dette en ordning hvor de samme myndighetene fastsetter erstatningen ved helse- og omsorgstjenestens, Sivilforsvarets og Forsvarets rekvisisjoner.

22.4.1.6 *Fastsettelse av takster ved rekvisisjon*

Departementet foreslår å videreføre gjeldende § 3-4 om fastsettelse av takster i ny lov § 3-4.

Etter bestemmelsen kan departementet fastsette takster for bruk av husrom, lagerrom og løsøre og for utgifter ved å etterkomme pålegg etter § 3-1 og § 3-2 første ledd. Takstene kan fastsettes for hele riket eller for deler av det. Dette tilsvarer sivilbeskyttelsesloven § 27 andre ledd.

Dersom det gis erstatning etter fastsatte takster, vil det ikke være adgang til å påklage eller bringe erstatningsbeløpets størrelse inn for rettslig prøving. Lovligheten av rekvisisjonen, altså den rettslige adgangen til å rekvirere, vil imidlertid kunne bringes inn for domstolene. Det samme gjelder spørsmålet om takstene utgjør «full erstatning» i henhold til Grunnloven § 105.

22.4.1.7 *Samordning av rekvisisjoner*

Departementet foreslår å videreføre gjeldende § 3-5 om samordning av rekvisisjoner i ny lov § 3-5.

I de tilfellene hvor militære myndigheter har rekvisisjonsrett etter lov 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner, skal den lovens § 8 få tilsvarende anvendelse ved krav om avståelse etter helseberedskapsloven i den utstrekning Kongen bestemmer. Formålet med bestemmelsen er å få til en best mulig koordinering av rekvisisjonskrav som kan komme fra ulike rekvisisjonsmyndigheter.

Etter lov om militære rekvisisjoner § 8 første ledd kan «Kongen eller den han gir fullmakt, [...] gi regler om hvilke myndigheter i stat eller kommune, særskilt oppnevnte organer eller sammenslutninger rekvisisjonen skal rettes til innen landsdel, fylke eller kommune, og om hvorledes disse skal fordele rekvisisjonsbyrden innen vedkommende områder». Av andre ledd fremgår at «[h]vor ikke annet er bestemt, eller hvor det på grunn av rekvisisjonens art finnes hensiktsmessig, rettes rekvisisjonen til vedkommende kommune som bestemmer hvorledes rekvisisjonsbyrden skal fordeles innen kommunen».

22.4.2 Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen

Når vilkårene etter § 1-5 er oppfylt, enten på grunn av situasjonen i seg selv (krig eller krig truer) eller etter beslutning av Kongen i statsråd (kriser og katastrofer i fredstid), må det vurderes hvem som skal ha myndighet til å beslutte rekvisisjon etter ny § 3-1.

Departementet viser til vurderingen i punkt 17.4.2, hvor myndigheten til å beslutte endringer i den normale ansvars-, oppgave- og ressursfordelingen fortsatt foreslås lagt til departementet i ny lov § 5-1. Departementet vurderer myndigheten til å beslutte

rekvisisjon på samme måte. Behovet for å kunne fatte vedtak om rekvisisjon raskt og tett på lokale behov taler særlig for at myndighet til å beslutte rekvisisjon fortsatt skal ligge til departementet. Hurtighet i beslutninger om rekvisisjon vil ofte være avgjørende for en best mulig håndtering av en krise, for eksempel i situasjoner hvor det haster med å få tilgang til løsøre som er nødvendig for å kunne yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Et annet eksempel kan være situasjoner med masseskader etter større naturkatastrofer hvor det er avgjørende behov for tilgang til fast eiendom som kan benyttes som behandlingslokaler eller lokaler for å bosette helsepersonell og annet redningspersonell som ankommer området på kort varsel.

Departementet foreslår i tråd med dette at departementet også skal ha myndighet til å anvende fullmaktene etter ny lov § 3-1 om rekvisisjon.

Adgang til delegasjon er omtalt i punkt 17.4.2. I tillegg til slik alminnelig delegasjonsadgang, bestemmer § 3-1 tredje ledd at departementet kan «gi tillatelse til at også andre kan kreve slik avståelse som nevnt i første ledd». Med hjemmel i alminnelig delegasjonslære, og særreguleringen i § 3-1 tredje ledd, vil det dermed kunne være aktuelt å delegere rekvisisjonsadgangen til for eksempel kommuner, fylkeskommuner og private virksomheter som involveres i krisehåndteringen. For ordens skyld vil departementet påpeke at kommuners og fylkeskommuners stilling som selvstendige rettssubjekter innebærer at statsforvaltningen ikke har noen alminnelig instruksjons- og styringsmyndighet, slik Kongen har over sine underordnede organer (innad i statsforvaltningen). Delegering til kommuner vil være et særlig inngrep i det kommunale selvstyret, siden delegering innebærer at et annet forvaltningsorgan kan pålegge kommunen en oppgave, og instruere kommunen om oppgaveutførelsen. Eventuell rekvisisjonsadgang for kommuner og fylkeskommuner vil slik sett måtte skje som følge av en tillatelse fra staten, og slik at dette ikke er delegering av myndighet ordinær forstand.

Det kan videre være aktuelt å gi myndighet til rekvisisjon til regionale helseforetak og helseforetak, samt Helsedirektoratet eller andre statlige organer underlagt departementene. De begrensningene som gjelder for departementet, vil i så fall også gjelde for disse. Hvorvidt det skal skje delegasjon, og omfanget av den, må vurderes konkret i den foreliggende krisen. Departementet foreslår også å videreføre denne særreguleringen i ny lov § 3-1 fjerde ledd.

23 Adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning (derogasjon)

23.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet vurderer departementet behovet for å videreføre bestemmelsene i helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd, som fastslår at Kongen kan «gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning» når betingelsene i § 1-5 er oppfylt.

Departementet foreslår følgende:

- Dagens § 6-2 andre ledd erstattes av bestemmelser i nytt kapittel 7 i ny lov
- Fullmaktsbestemmelsen kan fortsatt bare anvendes når riket er i krig, når krig truer og ved kriser eller katastrofer i fredstid (inngangsvilkåret i loven § 1-5)
- Dagens ordning, som åpner for fravikelse av lovbestemmelser om «drift, organisering og ansvarsforhold», foreslås utvidet slik at det også åpnes for å fravike tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter i lov
- Dagens ordning, som åpner for fravikelse av bestemmelser innenfor «gjeldende helse- og sosiallovgivning» videreføres, men formuleres i ny lov som «helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen»
- Det foreslås at ny lovregulering skal inneholde følgende elementer:
 - Forskrifter som fraviker lov skal være midlertidige og kan bare fastsettes dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling («fare ved opphold»)
 - Forskrifter som fraviker lov, kan ikke fastsettes dersom helsekrisen kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning
 - Forskrifter som fraviker lov, skal vedtas av Kongen i statsråd
 - Forskrifter kan bare fravike lov dersom dette er nødvendig for å
 - ivareta befolkningens liv og helse eller
 - sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen ikke overskrides
 - Fravikelse av lov skal være forholdsmessig. I forholdsmessighetsvurderingen skal blant annet hensynet til barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser vurderes og avveies
 - Det lovfestes at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende. Dette innebærer at:
 - beslutning om å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, skal meddeles Stortinget snarest mulig etter vedtak av Kongen i statsråd
 - regjeringen skal så snart som mulig legge frem lovforslag om bestemmelsene dersom de ikke er opphevet innen 30 dager
 - Stortinget skal øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis
 - bestemmelsene kan oppheves av Kongen og Stortinget, og

- dersom bestemmelsene ikke tidligere er opphevet, faller de bort ved oppløsning av det første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt
- Forskrifter som fraviker lov skal ikke innskrenke ordinær domstolskontroll. Det presiseres at retten kan prøve alle sider av saken
- Det foreslås ikke å «ramme inn» bestemmelsen ved å lovfeste hvilke konkrete lover som kan fravikes
- Det foreslås ikke å lovfeste krav om å gjennomføre høring før fastsettelse av forskrift som fraviker lov. På samme måte som i dag, skal dette gjennomføres dersom det sett hen til situasjonens alvorlighet og graden av hast er mulig og hensiktsmessig

Departementet ber i tillegg om høringsinstansenes syn på følgende alternative forslag:

1. I helseberedskapsloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».
2. Det presiseres i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men dette lovfestes ikke.

23.2 Innledning

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd er en fullmaktsbestemmelse som gir Kongen adgang til å gi forskrifter om «drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning». Det er et krav at «betingelsene etter § 1-5 er oppfylt». Se høringsnotatet kapittel 16 om § 1-5. Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd har et mer begrenset anvendelsesområde enn den generelle fullmaktsbestemmelse i smittevernloven § 7-12.

I dette kapitlet redegjøres det i punkt 23.3 nærmere for hvordan bestemmelsen og anvendelsen av den er vurdert av blant annet Koronakommisjonen, Koronautvalget og Totalberedskapskommisjonen.

Departementet foreslår i punkt 23.4 å videreføre en fullmaktsbestemmelse som gir adgang til å gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning. Sammenlignet med dagens bestemmelse foreslås det flere endringer, både av teknisk og materiell art. Det foreslås blant annet å presisere at det med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen også skal være adgang til å fastsette forskrift som fraviker tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter fastsatt i lov. Dette innebærer en utvidelse sammenlignet med gjeldende rett. Utvidelsen har medført at departementet har sett det som hensiktsmessig å foreslå at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende ved anvendelse av fullmaktshjemmelen. Dette innebærer at det innføres materielle og prosessuelle krav som skal sikre en hensiktsmessig demokratisk og parlamentarisk kontroll fra Stortingets side. Det foreslås at reguleringen inntas i et eget kapittel i forslag til ny lov, jf. lovforslaget kapittel 7.

Departementet understreker at vurderinger og forslag som fremgår av dette kapitlet kun er knyttet til helseberedskapsloven, og ikke er ment å skulle være førende for forståelsen

av liknende fullmaktsbestemmelser i annen sektorspesifikk krise- eller beredskapslovgivning. I forlengelsen av dette viser departementet til regjeringens stortingsmelding om totalberedskap, Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen, Forberedt på kriser og krig*, hvor det i punkt 10.5.1 uttales at regjeringen «vil vurdere om dagens beredskapslovgivning inneholder nødvendige hjemler for å håndtere påregnelige krisesituasjoner» som følge av endringer i den sikkerhetspolitiske situasjonen og trusselbildet, den generelle samfunnsutviklingen og erfaringer fra pandemien. En slik eventuell helhetlig revisjon kan medføre behov for justeringer også i helseberedskapsloven.

23.3 Utredninger fra Beredskapshjemmelsutvalget, Koronakommisjonen, Koronautvalget, Totalberedskapskommisjonen, Totalberedskapsmeldingen mv.

I Beredskapshjemmelsutvalgets utredning, NOU 2019: 13 *Når krisen inntreffer*, er det utarbeidet forslag til en egen krisefullmaktslov. I utredningens punkt 3.1 uttales det blant annet:

«[...] utvalget har konkludert med at det er flere fordeler enn ulemper med en sektorovergripende fullmaktshjemmel, så lenge en slik fullmaktshjemmel inneholder stramme og konkrete skranker og vilkår for anvendelse. En sektorovergripende fullmaktshjemmel bør samtidig inkludere en hjemmel til å suspendere rettigheter gitt i annen lovgivning, slik at denne formen for suspensjon underlegges de samme prosessregler, og ikke overlates til ulovfestet nødrett alene.

Det er derfor utvalgets oppfatning at en sektorovergripende fullmaktshjemmel bør inneholde klare materielle (innholdsmessige) og prosessuelle begrensninger. For å synliggjøre og lette tilgangen til hvilke begrensninger som følger med hjemmelen, foreslår utvalget en egen krisefullmaktslov.

Av materielle begrensninger bør den ekstraordinære krisesituasjonen være av alvorlig og kvalifisert karakter. Den må true kritiske samfunnsfunksjoner eller andre tungtveiende samfunnsinteresser og være forårsaket av en særlig alvorlig hendelse. En annen materiell begrensning av absolutt karakter er at hjemlene ikke kan omfatte en rett til å derogere fra, det vil si fravike, Grunnloven eller menneskerettigheter gitt i internasjonale konvensjoner som Norge har sluttet seg til og gjort til norsk lov. [...].

De prosessuelle begrensningene som utvalget foreslår, innebærer for det første at beslutningen om å aktivere hjemmelen må treffes av Kongen i statsråd [...].

Utvalget foreslår videre at regjeringen må legge frem kriseforskriften og begrunnelsene bak for Stortinget innen 10 dager. Hvis slik konsultasjon ikke skjer innen fristen, vil forskriften automatisk falle bort. Det foreslås at Stortinget uansett kan oppheve regjeringens beslutning på et hvilket som helst tidspunkt med minst en tredjedel av stemmene.»

Både Koronakommisjonen og Koronautvalget har vurdert at man bør få på plass bedre fullmaktshjemler som åpner for å fravike lov ved forskrift (derogasjonshjemler). De har vist til at både beredskapshjemmelsutvalgets forslag og den nå opphevede koronalovent kan være utgangspunkt for slike fremtidige hjemler. Som det vil fremgå av den videre

redegjørelse, er de fleste av Koronakommisjonens, Koronautvalgets og Totalberedskapskommisjonens vurderinger og forslag knyttet til den generelle fullmaktshjemmelen i smittevernloven § 7-12. Selv om det altså i mindre grad vises eksplisitt til også helseberedskapsloven § 6-2, legger departementet likevel til grunn at kommisjonene og utvalgets prinsipielle vurderinger og forslag langt på vei vil gjelde også for denne bestemmelsen.

I NOU 2021: 6, kapittel 23, har *Koronakommisjonen* vurdert regjeringens forhold til Stortinget, herunder bruk av fullmaktsbestemmelsen i smittevernloven § 7-12. Kommisjonen uttaler at regjeringen burde sørget for grundigere vurderinger opp mot Grunnloven og menneskerettighetene. Det påpekes at avveininger og vurderinger opp mot Grunnloven, internasjonale forpliktelser og menneskerettighetene i ingen eller i svært liten grad ble dokumentert før til dels svært inngripende regler ble innført, for eksempel hytteforbudet. Kommisjonen uttaler blant annet at regjeringens særlige fullmakt i smittevernloven § 7-12 har et uklart virkeområde og at den etter sin ordlyd ikke inneholder konkrete begrensninger i hvilke lover som kan fravikes eller hva slags type regler som kan gis. Ved revisjon av bestemmelsen foreslås det derfor at den gis tydeligere vilkår og rammer, og at den får en noe mer begrenset rekkevidde. Oppsummert anbefaler kommisjonen at smittevernloven bør revideres og at revisjonen blant annet bør inkludere:

«- tydeliggjøring og begrensning av regjeringens fullmakt i smittevernloven § 7-12. Fullmakten kan for eksempel begrenses ved at den klart definerer hvilke lover eller rettsområder som kan fravikes, og/eller ved at loven presiserer at bestemte hensyn eller formål skal legges vekt på. Ved en revisjon bør man vurdere om det er grunn til å skille mellom langvarige tiltak og mer hastepregete tiltak med kort virketid. Det bør presiseres i bestemmelsen at høringer som en klar hovedregel skal gjennomføres også ved bruk av fullmakten i § 7-12.»

Kommisjonen uttaler at det ved revisjon av fullmaktsbestemmelsen kan være aktuelt å bruke elementer fra koronaloventen som modell, hvor det blant annet var definert hvilke konkrete lover som kunne fravikes ved forskrift. Koronaloventen presiserte også at midlertidige forskrifter ikke kunne fravike Grunnloven, begrense grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper eller innskrenke domstolskontrollen.

Koronautvalget har i NOU 2023:16, punkt 8.5, vist til at koronaloventens bestemmelse om etterfølgende meddelelser til Stortinget, innebar at Stortinget hadde løpende kontroll med de forskriftene som ble vedtatt og kunne sette forskriften til side. Det vises videre til at loventen hadde særskilte bestemmelser om domstolskontroll med vedtak og forskrifter, inkludert kontroll med både tiltakets forsvarlighet, nødvendighet og forholdsmessighet. Utvalget peker på koronaloventen som et eksempel på at det under kriser kan være nødvendig å effektivisere lovgivningsprosessen for å begrense skadevirkninger. I forlengelsen av dette mener utvalget at koronaloventen kan være et utgangspunkt for eventuell fremtidig krisefullmaktslovgivning.

Når det gjelder fullmaktsbestemmelsene i smittevernloven og helseberedskapsloven, påpeker utvalget i punkt 8.9 at fullmaktene er vedtatt av Stortinget uten at forholdet til Grunnloven er omtalt i forarbeidene.

I punkt 16.2.2 vurderer utvalget at regelverket ga norske myndigheter et godt utgangspunkt for å håndtere pandemien. Det vises til at muligheten til å kunne handle raskt er avgjørende for å kunne beskytte liv og helse i en akutt krisesituasjon. Smittevernloven og helseberedskapsloven fremheves som sentrale under pandemien, og det uttales at disse ga hjemmel for at både lokale og nasjonale myndigheter kunne vedta nødvendige smitteverntiltak. Samtidig påpekes det at regelverket ikke var tilstrekkelig tilpasset en langvarig krise, og at smitteverntiltakene løpende måtte tilpasses smittesituasjonen slik at bestemmelser som regulerte tiltakene ble endret hyppig. Etter dette anbefaler utvalget at «[r]egjeringen bør i arbeidet med å gjennomgå regelverket sikte mot at adgangen til å handle raskt etter smittevernloven og helseberedskapsloven får en bedre forankring i Grunnloven.»

I NOU 2023: 17 *Nå er det alvor - Totalberedskapskommisjonen*, har kommisjonen vurdert gjeldende beredskapslovgivning, samt pandemihåndteringen og den midlertidige koronalovent. Totalberedskapskommisjonen påpeker i punkt 25.1.1 at helseberedskap er en avgjørende del av innsatsen for å håndtere de fleste typer kriser. Det vises til at «flere av de mest alvorlige krisescenariene til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har til felles at krisen kan innebære et stort antall døde og alvorlige skadde og syke.». I punkt 25.2.2 uttales det blant annet:

«I situasjoner hvor det er ekstraordinære behov for helsehjelp i befolkningen vil det kunne tvinge seg frem et behov for å redusere ambisjonsnivået på behandlingen som tilbys, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette vil også kunne gjelde pleie- og omsorgstjenesten.»

Om det sivil-militære samarbeidet uttaler kommisjonen i punkt 25.5 blant annet:

«Norge har bare én, samlet helsetjeneste i fred, krise og krig. Kommune- og spesialisthelsetjenesten skal yte helsetjenester til både sivilbefolkningen og Forsvaret og allierte styrker som er i Norge i forbindelse med øvelser, og i kriser og krig. [...].

[...] Ved krig og krigsliknende situasjoner vil det også være overveiende sannsynlig at pasienter og helseressurser må forflyttes mellom helseforetak, helseregioner, kommuner og utlandet. En sentral problemstilling er mangel på en nasjonal evakueringsplan og beskrivelse av en evakueringskjede i krise og krig.»

Totalberedskapskommisjonen viser i punkt 25.6 blant annet til at ved militær mobilisering vil den sivile helse- og omsorgstjenesten måtte avgi personell til Forsvaret, at «helsetjenesten vil bli betydelig belastet i både volum, kompleksitet og prioriteringer» og «planlagte behandlinger for sivile vil måtte utsettes, og selv alvorlig og livstruende sykdom vil prioriteres ned».

I punkt 31.8.2 påpeker kommisjonen viktigheten av å ha en beredskapslovgivning som dekker hele krisespektret – fra de mindre hverdagskrisene til de større sektorovergripende krisene og krig. Kommisjonen mener at det er grunn til å gjennomgå beredskapsregelverket nærmere. Når det gjelder behovet for henholdsvis generell og sektorspesifikk beredskapslovgivning, uttaler kommisjonen blant annet:

«Beredskapsloven gir vide fullmakter til regjeringen til å gi bestemmelser av lovgivningsmessig karakter, men terskelen for å anvende loven er høy. Beredskapsloven gjelder bare ved krig og krigsfare mv. [...].

Kommisjonen vil peke på viktigheten av gode beredskapsbestemmelser for kriser lavere i krisespektret. Dette er regulert i sektorlovgivningen, og dette mener kommisjonen er fornuftig. Sektorlovgivningen må ha beredskapsbestemmelser som hjemler aktuelle tiltak for påregnelige krisesituasjoner. Hvilke krisesituasjoner som er påregnelige vil endre seg over tid, og sektorlovgivningen må derfor utvikles i takt med endringer i trusselbildet.»

I forlengelsen av dette uttaler kommisjonen at «regjeringen bør nedsette et lovutvalg som får i oppdrag å foreta en helhetlig utredning av hvordan beredskapslovgivningen bør innrettes for å kunne håndtere dagens utfordringsbilde og forventet utvikling i et tverrsektorielt perspektiv». Kommisjonen anbefaler videre at regjeringen fortløpende vurderer om den har de hjemler som anses nødvendige for å kunne håndtere de krisene det er påregnelig at kan oppstå, og viser til at det enkelte departement «må vurdere om sektorlovgivningen det har ansvar for har tilstrekkelige hjemler for å håndtere kriser, både i egen sektor og konsekvenser av kriser i andre sektorer». Kommisjonen uttaler deretter:

«Kommisjonen vil peke på at fullmaktsbestemmelser har både fordeler og ulemper. En ulempe er at det med vide fullmaktslover er krevende å på forhånd vurdere hvilke inngrep borgerne kan bli utsatt for. Samtidig er det på forhånd vanskelig å ta stilling til alle nyansene i reguleringsbehovet som vil oppstå i større kriser. Uforutsigbarheten i kriser gjør at det trolig uansett vil bli nødvendig med situasjonsbestemte vurderinger og reguleringer. Koronaloven ble av mange sett på som et forsøk på at regjeringen skulle få vide fullmakter til å innføre tiltak. Men koronaloven kan også ses på som et forsøk på å skaffe seg demokratisk grunnlag for tiltakene. Et lovverk som gir vide fullmakter gir en demokratisk forankring i forkant og vil være bedre enn å basere seg på ulovfestet nødrett.»

I punkt 31.8.3 påpeker kommisjonen at det selv med et godt og gjennomarbeidet beredskapslovverk kan oppstå situasjoner som det ikke er tatt høyde for, enten fordi selve krisen er uforutsett eller fordi det kan bli behov for å innføre andre eller mer inngripende tiltak enn det man på forhånd har sett for seg at skulle bli aktuelt. Kommisjonen mener derfor at det klare utgangspunktet må være at ordinær lovgivningsprosess benyttes også i krisesituasjoner, dersom det er tid til det, fremfor å benytte vide eller uklare fullmaktsbestemmelser. Det påpekes også at erfaringene fra pandemien viste at Stortinget kunne behandle lovforslag på svært kort tid.

I regjeringens stortingsmelding om totalberedskap, Meld. St. 9 (2024–2025)

Totalberedskapsmeldingen, Forberedt på kriser og krig, uttales det i punkt 10.5.1:

«En anvendelig og fremtidsrettet beredskapslovgivning er en nødvendig forutsetning for en effektiv krisehåndtering, og er grunnleggende både for beredskapsplanlegging og øving. Dagens beredskapslovgivning består både av sektorovergripende lovgivning og beredskapsbestemmelser i sektorlovgivningen. I tillegg kommer ulovfestet nødrett, som også gir grunnlag for å gjennomføre tiltak i ekstraordinære krisesituasjoner. [...].

Endringer i den sikkerhetspolitiske situasjonen og trusselbildet, den generelle samfunnsutviklingen og erfaringer fra pandemien tilsier at dagens hjemler bør gjennomgås for å vurdere om lovgivningen gir de nødvendige hjemlene til å håndtere påregnelige krisesituasjoner. Som påpekt av Koronakommisjonen gir erfaringene fra regelverksarbeidet

under koronapandemien viktige læringspunkter med overføringsverdi til andre kriser enn pandemi. Behovet for regelverksendringer og nye fullmakter bør, så langt mulig, utredes, debatteres og forankres gjennom alminnelige lovgivningsprosesser før krisen inntreffer. En oppdatert og fremtidsrettet beredskapslovgivning bør gi nødvendige rettslige virkemidler for å håndtere krisen, gjennom blant annet å opprettholde grunnleggende samfunnsfunksjoner. Den bør også så langt mulig sikre en demokratisk forhåndsforankring av hvilke tiltak som kan iverksettes i de ulike delene av krisespekteret, prosedyrene tiltakene kan iverksettes etter og hvordan borgernes grunnleggende rettigheter skal ivaretas. Det er også viktig å treffe den riktige balansen mellom spesifiserte særbestemmelser og mer generelle hjemler som gir nødvendig handlefrihet og evne til raske omstillinger når det er behov for det. [...].

Regjeringen vil vurdere om dagens beredskapslovgivning inneholder nødvendige hjemler for å håndtere påregnelige krisesituasjoner. Videre vil regjeringen sikre at rettslige vurderinger av hjemmelsgrunnlag inngår som del av beredskapsplanverk og øvelser. Basert på erfaringer fra pandemien vil regjeringen vurdere behovet for egne retningslinjer for gjennomføring av lov- og forskriftsprosesser under kriser som av tidshensyn ikke kan følge vanlige prosedyre.»

Som påpekt i meldingen, har regjeringen fremmet forslag til endringer i sivilbeskyttelsesloven i form av nye regler om sivil arbeidskraftberedskap i sikkerhetspolitisk krise og krig, jf. Prop. 11 L (2024–2025) *Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)*. Stortinget har vedtatt endringsloven med enkelte endringer, jf. nærmere omtale i høringsnotatets punkt 5.8. Flere av lovforslagets ulike elementer vil også bli diskutert i punkt 23.4 om departementets vurderinger og forslag.

Fullmaktsbestemmelsen i smittevernloven § 7-12, og regjeringens anvendelse av bestemmelsen under pandemien, er også vurdert i boken «*Kriseregulering - lovgivning under koronakrisen*», Benedikte M. Høgberg, Eirik Holmøyvik, Christoffer C. Eriksen (Red.), Fagbokforlaget 2023. Departementet legger til grunn at de vurderinger og forslag som her fremgår langt på vei vil gjelde også for helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd. I bokens punkter 29.2.2 og 30.3.2 foreslås det blant annet at myndigheten til å derogere fra annen lovgivning bør ligge til Kongen i statsråd, at mindretallsrettigheter bør vurderes, at det bør fremgå at det ikke vil være adgang til å derogere fra smittevernloven § 1-5 (krav om nødvendighet og forholdsmessighet) og at loven ikke bør gi regjeringen kompetanse til å gi forskrifter som bryter med Grunnloven eller Norges folkerettslige forpliktelser.

I Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring diskuteres regjeringens anvendelse av smittevernloven § 7-12 under koronapandemien og hvordan denne type fullmaktsbestemmelser bør utformes, jf. nærmere omtale i høringsnotatets punkter 4.14 og 23.4.10.

Komiteens innstilling, Innst. 151 S (2024–2025) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren om en samlet gjennomgang av myndighetenes håndtering av koronapandemien*, ble avgitt 4. mars 2025. En samlet komite tilrådte Stortinget å gjøre blant annet følgende vedtak:

Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.

II

Stortinget ber presidentskapet igangsette arbeid, og eventuelt nedsette et utvalg, for å vurdere modeller for demokratisk og parlamentarisk kontroll med regjeringens bruk av ekstraordinære fullmakter i krisesituasjoner.

Stortinget fattet 29. april 2025 vedtak i samsvar med komiteens innstilling.

23.4 Departementets vurdering og forslag

23.4.1 Generelt om derogasjonshjemler og helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd

Etter Grunnloven § 49 første ledd første punktum og § 75 bokstav a hører det til Stortinget å vedta lover. Ved lov kan Stortinget gi regjeringen adgang til å gi mer detaljerte regler i form av forskrifter, men regjeringen kan ikke gå lenger enn det fullmaktene fra lovgiver gir grunnlag for. Ved generelle fullmaktshjemler kan imidlertid regjeringen bli gitt adgang til å gi forskrift om utfylling og supplerings som går utover det handlingsrommet som ellers følger av loven, selv om det ikke nødvendigvis er tale om å gi forskrift i motstrid med lov.

Fullmaktsbestemmelser som også gir adgang til å gi forskrifter som kan fravike lovbestemmelser, utgjør såkalte derogasjonsfullmakter. Derogasjon foreligger altså når det gis kompetanse til å gi regler med et innhold som strider mot regler med høyere rang. Se nærmere omtale av derogasjon i høringsnotatets kapittel 5. Det kan være glidende overganger mellom fullmakter som gir adgang til å utfylle lover og derogasjonsfullmakter. Derogasjon krever klar hjemmel, men er relativt vanlig i lovverket. Som regel er derogasjon etter disse lovene begrenset til konkrete fravikelser fra bestemmelser gitt ved lov som ikke nødvendigvis utfordrer det grunnleggende maktfordelingsprinsippet. Derogasjon er altså ikke i seg selv i et spenningsforhold til demokratisk legitimitet. Dette kan imidlertid bli utfordret dersom det gis svært vide og potensielt inngripende fullmakter til å fravike gjeldende lover, og hvor det er få eller uklare materielle og prosessuelle vilkår knyttet til derogasjonen.

Det finnes flere eksempler på ordinære fullmaktshjemler som åpner for derogasjon i lovverket, se for eksempel plan- og bygningsloven § 20-7 andre ledd og matloven § 33 andre ledd. Med ordinære fullmaktshjemler menes her lovbestemmelser hvor Stortinget gir regjeringen anledning til å gi forskrifter på visse vilkår, og hvor Stortinget fører alminnelig parlamentarisk kontroll med regjeringens bruk av fullmaktene i tråd med grunnleggende konstitusjonelle prinsipper.

I tillegg til helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd, kan det i beredskapslovgivningen vises til for eksempel havne- og farvannsloven § 2 sjette ledd og næringsberedskapsloven § 13. Departementet viser også til nylig vedtatte bestemmelser i sivilbeskyttelsesloven om sivil arbeidskraftberedskap i sikkerhetspolitisk krise og krig, jf. Prop. 11 L (2024–2025)

Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap). Også disse bestemmelsene er eksempler på ordinære beredskapsfullmakter med adgang til derogasjon, men hvor det er gitt krav om at «[f]orskriftene skal meddeles Stortinget snarest mulig etter at de er vedtatt og kan tidligst tre i kraft 48 timer etter meddelelse, med mindre det er fare ved opphold».

I tillegg til slike ordinære fullmaktshjemler, finnes det i beredskapsregelverket også nødrettshjemler som skal kodifisere konstitusjonell nødrett, og som blant annet åpner for vid derogasjon. Slike nødrettshjemler kjennetegnes av at de gir regjeringen myndighet til i helt spesielle situasjoner å overta Stortingets myndighet til mer generelt å gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold. Ved bruk av nødrettshjemlene trer altså regjeringen inn i Stortingets rolle så lenge nødrettsgrunnen består. Også i ekstraordinære kriser er imidlertid utgangspunktet etter konstitusjonell nødrett at primærkompetansen til å gi lover ligger til Stortinget. På grunn av denne grunnleggende forutsetningen om at det primært ligger til Stortinget å gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold, ivaretas grunnleggende demokratihensyn og maktfordelingsprinsippet ved ekstraordinære prosessuelle mekanismer som sikrer Stortingets medvirkning.

Beredskapsloven § 3 første ledd er et eksempel på en slik kodifisering av konstitusjonell nødrett. Ved bruk av fullmakten følger det av andre ledd første punktum at bestemmelsene skal «snarest mulig meddeles Stortinget». Etter andre ledd andre punktum skal Stortinget øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis, og etter tredje punktum kan bestemmelsene oppheves av Kongen eller Stortinget. I tredje ledd står det at «[s]åfremt bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget, skal de snarest mulig legges fram som lovforslag». Det følger av Ot.prp. nr. 78 (1950) side 5 og 48 at fullmaktene eller bestemmelser gitt med hjemmel i fullmaktene bare kan opprettholdes så lenge det er enighet om dette mellom Kongen og Stortinget (så lenge Stortinget er samlet). Det følger av § 4 andre ledd at bestemmelsene faller bort ved oppløsningen av det første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt, dersom de ikke tidligere er opphevet. Smittevernloven § 7-12 er bygget over samme lest som beredskapsloven § 3.

Etter helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd gis Kongen myndighet til å fravike lov ved forskrift, uten at det gjelder noen ekstraordinære prosessuelle mekanismer som sikrer Stortingets medvirkning. Bestemmelsen lyder i sin helhet slik:

«Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan Kongen gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning.»

Etter bestemmelsen er myndighet til å fastsette slik forskrift lagt til Kongen. Det vil si at kompetansen kan delegeres, og da mest naturlig til departementet. Bestemmelsen er begrunnet i nødrettshensyn, og modifiserer normalregelen om at lovgivningskompetansen ligger til Stortinget, jf. Grunnloven §§ 49 og 75 bokstav a.

Bestemmelsen kan bare anvendes dersom vilkårene etter loven § 1-5 er oppfylt. Det forutsetter at riket er i krig, at krig truer eller at det er krise eller katastrofe i fredstid. Bestemmelsen regulerer ikke hvor lenge fravik av lov kan vare. Sammenholdt med loven § 1-5, fremgår det imidlertid at fravikelse av lov ved «kriser eller katastrofer i fredstid»

skal fastsettes «for et begrenset tidsrom og maksimalt for 1 måned» av gangen. Se høringsnotatets kapittel 16, hvor departementet foreslår å videreføre § 1-5 med enkelte endringer. Det foreslås blant annet at beslutningen av om vilkårene er oppfylt etter loven § 1-5 må treffes av Kongen i statsråd og at slik beslutning kan gjelde for inntil 3 måneder.

Bestemmelsens rekkevidde og anvendelse begrenses av at den kun gir hjemmel til å gi forskrift om «drift, administrasjon og ansvarsforhold» som fraviker «helse- og sosiallovgivningen». Den må også tolkes i lys av helseberedskapslovens formålsbestemmelse i § 1-1.

I motsetning til smittevernloven § 7-12, regulerer ikke helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd meddelelsesplikt til Stortinget ved anvendelse av fullmaktsbestemmelsen.

23.4.2 Videreføring av en derogasjonsbestemmelse i ny helseberedskapslov

Som redegjort for i punkt 23.3 synes hovedoppfatningen fra evalueringer av håndteringen av koronapandemien å være at det overordnet sett er nødvendig å ha forsvarlig innrammede derogasjonshjemler som gjør staten i stand til å håndtere en smittevern- eller helsekrise når de ordinære fullmaktshjemlene ikke strekker til.

Departementet er enig i denne vurderingen, og mener at det er behov for å videreføre derogasjonsadgangen i den gjeldende helseberedskapsloven § 6-2 i ny lov § 7-1. Selv om de øvrige fullmaktsbestemmelsene i helseberedskapsloven gir staten omfattende adgang til å iverksette tiltak som vil være tilstrekkelige for å håndtere de aller fleste helsekriser, vil det neppe være mulig å utvikle et regelverk som uttømmende kan dekke enhver helsekrise og dennes konsekvenser. Det vil i forkant være vanskelig å ta stilling til alle nyansene i reguleringsbehovet som vil oppstå i større kriser. Uforutsigbarheten i kriser innebærer at det trolig uansett vil bli nødvendig med situasjonsbestemte vurderinger og reguleringer.

Regelverket må være tilstrekkelig fleksibelt til at det ved behov kan innføres andre tiltak enn det man på forhånd hadde sett for seg skulle bli aktuelt. I ytterste konsekvens vil alternativet til en fullmaktsbestemmelse i ny helseberedskapslov som gir adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, være å søke hjemmel i konstitusjonell nødrett. Erfaringene fra de siste årenes smittevernskriser og en mer krevende sikkerhetspolitisk situasjon, med økt vekt på behovet for beredskap, taler også for at det er ønskelig å videreføre helseberedskapslovens fullmaktshjemmel til å fravike helse- og sosiallovgivningen ved forskrift. Videreføring av en hjemmel som langt på vei tilsvarer dagens § 6-2 andre ledd vil sikre forutgående forutberegnelighet og etterfølgende ansvarliggjøring. Forutsetningen er at det oppstilles materielle rammer som ivaretar rettssikkerhetshensyn og prosessuelle rammer som ivaretar tiltakets demokratiske legitimitet.

For departementet har spørsmålet særlig vært om derogasjonshjemmelen skal videreføres som en ordinær fullmaktshjemmel hvor regjeringen får mulighet til å fravike gjeldende lover på strenge vilkår så lenge situasjonskravet er oppfylt, eller om derogasjonshjemmelen bør endres til en nødrettshjemmel hvor ordinær lovbehandling skal gjennomføres om mulig. Departementet mener at bestemmelsen bør utformes som en

nødrettshjemmel etter samme modell som beredskapsloven §§ 3 og 4 og smittevernloven § 7-12, se nærmere i punkt 23.4.1. En slik innretning sikrer Stortingets involvering når regjeringen har adgang til vid derogasjon.

Det kan videre vurderes om det er hensiktsmessig å lovfeste ekstraordinære prosessuelle mekanismer utover de alminnelige parlamentariske virkemidlene Stortinget alltid har. Departementet har sett hen til Prop. L 11 (2024-2025) *Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)*, hvor derogasjonshjemmelen i hovedsak er innrettet som en ordinær fullmaktshjemmel. Det betyr at regjeringen får fullmakt til å gi forskrifter uavhengig av om stortingsbehandling er mulig, men at Stortinget som alltid ellers kan føre alminnelig parlamentarisk kontroll med regjeringens bruk av fullmakter. Departementet forstår det slik at bakgrunnen for at fullmaktene om sivil arbeidskraftberedskap ble utformet som ordinære fullmaktshjemler var at det anses ønskelig at regjeringen har mulighet til å regulere arbeidskraften i en krigslignende situasjon. Dette henger nært sammen med at regjeringen er ansvarlig for å styre landet gjennom krisen, noe som særlig settes på spissen i en krigssituasjon hvor det er avgjørende å fortløpende understøtte Forsvaret. Regulering av arbeidslivet i krig eller sikkerhetspolitisk krise vil ofte kreve hyppige endringer i regelverket som det haster å gjennomføre for å imøtekomme behov som følge av en enkelthendelse. Reguleringene vil også typisk ha en høy detaljeringsgrad og forutsette en operativ situasjonsforståelse av konkrete hendelser. Det samme kan sies å gjelde i tilfeller hvor en krig- eller krigslignende situasjon har ført til en helsekrise, og hvor det er et konkret behov for omfordeling eller omprioritering av ressurser i helse- og omsorgstjenesten. Dette er også oppgaver som kan sies å ligge regjeringen nært som øverste krisehåndteringsorgan, særlig dersom det oppstår et konkret behov for omdisponeringer i helse- og omsorgstjenesten på grunn av en enkelthendelse. Dette kan tale for at det ikke er hensiktsmessig at regjeringen bare har anledning til å omorganisere og omfordele ressurser under helsekrisen når ordinær lovbehandling ikke er mulig. Det samme gjelder et eventuelt krav om å fremlegge forskriftsendringene som lovforslag innen 30 dager hvis de ikke er opphevet. Departementet har også sett hen til at derogasjonshjemmelen etter helseberedskapsloven er mer saklig begrenset og innrammet enn smittevernlovens derogasjonshjemmel.

Bakgrunnen for at departementet likevel finner det hensiktsmessig at derogasjonshjemmelen utformes som en nødrettshjemmel, er i hovedsak at fullmakten foreslås utvidet slik at regjeringen får anledning til å fravike «tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter». Derogasjonshjemmelen må utvides fordi det er krevende å endre organisering, drift og ansvarsfordeling i helse- og omsorgstjenesten for å imøtekomme behovet i helsekrisen uten at dette går utover tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter, se nærmere i punkt 23.4.7. En slik utvidelse av helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelse, og kanskje særlig det å kunne fravike lovpålagte pasient- og brukerrettigheter, vil innebære at derogasjonsbestemmelsen endrer karakter. Fravikelse av tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter vil oppleves som mer inngripende og direkte individrettet enn fravikelser fra lov som kun har til hensikt å legge til rette for en mer hensiktsmessig og helhetlig administrering og organisering av personell- og tjenesteressurser i en krisesituasjon. Slik sett kan en utvidelse av fullmakten til også å

fravike tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter, innebære at man i langt større grad griper inn i Stortingets domene som lovgiver, sammenlignet med hva som er tilfellet ved dagens derogasjonsbestemmelse i helseberedskapsloven § 6-2.

Inngrep i individuelle rettigheter vil også i større grad aktualisere forholdet til Grunnloven og menneskerettigheter. Ved en slik utvidelse vil regjeringen få en «heldekkende» fullmakt til å fravike lov innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, og ikke bare en fullmakt til å endre hvordan tjenestene skal organiseres eller hvilke ansvarsforhold som skal gjelde. Samlet sett bør derfor den utvidede fullmakten heller utformes som en nødrettshjemmel, enn en ordinær fullmaktsbestemmelse som den gjeldende helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd i dag er. Dette taler for at den nye reguleringen i helseberedskapsloven bør ha de samme materielle og prosessuelle kravene for involvering av Stortinget som departementet foreslår for reguleringen i smittevernloven, jf. høringsnotat med forslag til ny smittevernlov som er sendt ut samtidig med dette høringsnotatet om helseberedskapsloven.

Selv om helseberedskapsloven har et snevrere virkeområde enn smittevernloven, som åpner for fravikelse av enhver lov, foreslår departementet at det i helseberedskapsloven inntas en regulering som i all hovedsak tilsvarer den reguleringen som foreslås i smittevernloven. Departementet foreslår derfor å presisere i lovforslaget § 7-1 fjerde ledd at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde også ved anvendelse av fullmaktshjemmelen i helseberedskapsloven. De materielle og prosessuelle kravene etter beredskapslovens §§ 3 og 4 vil sikre en hensiktsmessig demokratisk og parlamentarisk kontroll fra Stortingets side ved regjeringens anvendelse av fullmaktshjemmelen.

Departementet har også sett hen til den nå opphevede koronalovens innhold.

23.4.3 Inngangsvilkår for å kunne fravike lov – situasjonskravet etter loven § 1-5

23.4.3.1 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd bestemmer at Kongen kan gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning, «når betingelsene i § 1-5 er oppfylt».

Etter § 1-5 får fullmaktsbestemmelsene i loven anvendelse «når riket er i krig eller når krig truer» og «ved kriser eller katastrofer i fredstid etter beslutning av Kongen». I de spesielle merknadene til bestemmelsen, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) side 150, uttales det blant annet:

«Etter annet ledd kan Kongen i krig eller ved kriser og katastrofer i fredstid om nødvendig fravike bestemmelser i den alminnelige helse- og sosiallovgivning som gjelder drift, administrasjon og ansvarsforhold. Bestemmelsen er laget etter mønster av lov av 15. desember 1950 nr 7 om særlige rådgjerd under krig, krigsfare eller liknende forhold § 3 første ledd siste punktum, men har et mer begrenset anvendelsesområde.

Den administrative og utøvende oppgavefordeling mellom de ulike sektorer og nivåer i helse- og sosialtjenesten følger av den alminnelige helse- og sosiallovgivning. Ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig kan det bli nødvendig å beskrive og fastsette nærmere

hvilke tjenester og tiltak som skal ligge under det enkelte forvaltningsnivå, ev. sykehus. Behovet for en slik presisering av ansvar kan f.eks. bli aktuelt ved masseskader under krig, da sykehusene vil måtte legge om tjenesten og skrive ut et relativt stort antall behandlingstrengende fra sykehus. Det kan også bli nødvendig å tillempe enkelte bestemmelser i lovgivningen vedrørende taushetsplikt.»

23.4.3.2 *Departementets vurderinger og forslag*

I kapittel 16 foreslår departementet å lovfeste i § 1-5 at fullmaktsbestemmelsene i loven får anvendelse «når riket er i krig eller når krig truer» eller ved «kriser eller katastrofer i fredstid som har inntrådt eller som med stor sannsynlighet vil inntreffe i nærmeste fremtid». Se omtalen i kapittel 16 av disse vilkårene.

Departementet foreslår å videreføre vilkåret om at betingelsene etter loven § 1-5 skal være oppfylt for at Kongen kan fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, jf. lovforslaget § 7-1 første ledd.

Helse- og omsorgstjenestelovgivningen er utformet for å kunne håndtere både større og mindre kriser og akutte hendelser med behov for innsats fra helse- og omsorgstjenestens side. Dette er en del av helse- og omsorgstjenestens oppgaver, og kan i perioder innebære behov for omprioriteringer av helsepersonell og ressurser som kan få betydning for enkelte pasienter eller brukere. Selv om man i slike situasjoner ikke vil fravike det overordnede forsvarlighetskravet eller pasient- og brukerrettighetene, kan ytelse av helse- og omsorgstjenester bli forskjøvet noe eller tjenester vil kunne bli ytt på en annen måte enn det som ellers er vanlig. Vilårene for å anvende helseberedskapslovens ulike fullmaktsbestemmelser vil imidlertid sjelden være oppfylt i slike situasjoner.

Som redegjort for i kapittel 16, vil krig eller kriser og katastrofer i fredstid i henhold til loven være situasjoner av ekstraordinær karakter der det akutte hjelpebehov ikke kan dekkes av tilgjengelige ressurser, og hvor ordinære ansvarsforhold og kommandoforhold ikke strekker til, slik at omlegging eller ekstra tilførsel av ressurser er nødvendig. Fullmaktsbestemmelsene i loven skal være et praktisk verktøy i ekstraordinære situasjoner. Den konkrete situasjonen, hendelsenes omfang og konsekvenser for liv, helse og velferd vil være avgjørende for om det er behov for å bruke bestemmelsene.

Som redegjort for i punkt 16.4.3.1, krever ikke loven § 1-5 at krisen eller katastrofen allerede har inntrådt. Loven § 7-1 skal også kunne anvendes når det er stor sannsynlighet for at en ekstraordinær krise eller katastrofesituasjon vil oppstå i nærmeste fremtid. I slike situasjoner vil man imidlertid normalt ha noe mer tid til å fremme nødvendige lovendringer som ordinær lovsak. Departementet viser til at det i loven § 7-1 tredje ledd foreslås presisert at det kun vil være adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling, jf. nærmere om dette i punkt 23.4.6.

23.4.4 Myndighet til å anvende fullmaktsbestemmelsen

23.4.4.1 *Gjeldende rett*

Myndigheten etter helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd er lagt til Kongen, i likhet med den tilsvarende myndigheten etter beredskapsloven § 3 og kompetansen til å utløse lovens fullmaktsbestemmelser i helseberedskapsloven § 1-5.

Ettersom myndigheten etter helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd er lagt til Kongen, kan den delegeres til et departement. I Koronaloven var myndigheten til å gi midlertidige forskrifter lagt til Kongen i statsråd. Dette innebar at vedtak måtte treffes av hele regjeringen i et statsråd, og at myndigheten ikke kunne delegeres.

Selv om det i lov er gitt hjemmel til å fravike lov ved forskrift i en krisesituasjon, og beslutningsmyndigheten i utgangspunktet ligger til et departement, innebærer Grunnloven § 28 at Kongen i statsråd likevel må treffe beslutning i en «sak av viktighet».

Om en sak skal sies å være en «sak av viktighet», vil bero på en konkret, skjønnsmessig vurdering. Ved en slik vurdering vil det blant annet være relevant å vektlegge hvem avgjørelsen berører, om avgjørelsen innebærer et inngrep i privates personlige eller økonomiske sfære, om avgjørelsen har virkning lokalt, regionalt eller nasjonalt og om saken er politisk omdiskutert eller om det er tverrpolitisk enighet. Det må legges til grunn at terskelen for at en sak skal være «en sak av viktighet» er høy, og at regjeringen har et betydelig skjønnssrom i vurderingen. I sikkerhetspolitisk krise eller krig vil vurderingen av hva som anses som en sak av viktighet kunne bli vurdert annerledes sammenlignet med situasjonen i fredstid.

Uavhengig av om regjeringen har tatt stilling til om kravet etter Grunnloven § 28 er oppfylt, vil regjeringen uansett kunne velge å fremlegge beslutningen for behandling av Kongen i statsråd. Dette kan for eksempel være situasjoner hvor det er nødvendig å treffe beslutninger i kompliserte og sektorovergripende saker som nødvendiggjør vanskelige og prinsipielle politiske avveininger eller beslutninger om inngripende tiltak med store samfunnsmessige konsekvenser ved nasjonale kriser.

Som også redegjort for i kapittel 16, foreslår departementet ikke å videreføre dagens ordning etter helseberedskapsloven § 1-5 hvor departementet, dersom liv og helse avhenger av at en beslutning treffes raskt, kan treffe en foreløpig beslutning om at lovens fullmaktsbestemmelser skal få anvendelse.

23.4.4.2 *Departementets vurderinger og forslag*

Departementet vurderer i dette punktet hvorvidt kompetansen til å anvende fullmaktsbestemmelsen i forslag til ny lov bør legges til Kongen eller Kongen i statsråd.

Det at helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd gir vide fullmakter i form av adgang til å fastsette forskrifter som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen, kan tale for at kompetansen bør legges til Kongen i statsråd. Lovfesting av at myndigheten skal legges til Kongen i statsråd kan til en viss grad også sies å innebære en sikringsmekanisme, i den forstand at alle statsråder som er til stede i dette statsrådet anses for å stå bak avgjørelsen, jf. Grunnloven § 30. Det konstitusjonelle

ansvaret for saken etter Grunnloven § 12 ligger imidlertid hos statsråden som leder departementet som fremmer saken.

Hvis myndigheten legges til Kongen i statsråd og ikke kan delegeres, innebærer det at det vil ta noe tid å fatte beslutningen. Dette kan tale for at myndigheten bør legges til Kongen slik at det er adgang til å delegere myndighet, så fremt Grunnloven § 28 åpner for dette. Erfaringer blant annet fra koronapandemien viser imidlertid at regjeringen ved behov vil kunne sikre behandling i statsråd svært hurtig og uten unødvendig tidstap. Dersom det helt unntaksvis skulle oppstå en situasjon hvor det ikke er tid til å behandle saken i statsråd, vil i tillegg departementet kunne ha hjemmel i konstitusjonell nødrett til å treffe beslutningen, og senere fremme saken for statsråd for etterfølgende beslutning, jf. nærmere omtale under punkt 8.3.1.

Lovfesting av at beslutningen skal treffes av Kongen i statsråd vil, i større grad enn der hvor beslutningen treffes av departementet, også sikre helhetlige, koordinerte og tverrdepartementale beslutninger hvor samfunnsmessige konsekvenser og behov for hele eller deler av landet kan bli bedre belyst. Behandling i statsråd vil på en bedre måte sikre at også andre sektorer og etaters behov i en helsekrise synliggjøres og inngår i en helhetsvurdering. Dette vil kunne legge til rette for bedre beslutninger i en krisesituasjon, hvor viktigheten av strenge prioriteringer og formålstjenlig ressursfordeling vil være sentralt.

I likhet med hva Koronakommisjonen har påpekt i sin første delrapport, vil uansett Grunnloven § 28 innebære at saker av viktighet skal behandles i statsråd. Det er nærliggende å anta at beslutning om at det skal gis forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning, ofte vil være å anse for «saker av viktighet» etter Grunnloven § 28. Som det fremgår av punkt 23.4.1 og 23.4.7, foreslår departementet at bestemmelsen utvides slik at det også skal være adgang til å fravike tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter i lov. Slik beslutning vil trolig i større grad enn en beslutning om å fravike organisatoriske bestemmelser kunne bli å anse for «saker av viktighet» etter Grunnloven § 28. Eventuell lovfesting av at myndighet skal ligge til «Kongen», vil dermed i praksis ofte ikke gi et korrekt bilde av den reelle situasjonen.

Plassering av myndighet til Kongen i statsråd vil også legge bedre til rette for parlamentarisk kontroll. Saker som behandles i statsråd er underlagt regelmessig parlamentarisk kontroll av Stortinget ved at kontroll- og konstitusjonskomiteen gjennomgår og gir innstilling om statsrådets protokoller, jf. Grunnloven § 75 bokstav f og Stortingets forretningsorden § 14 nr. 8. Statsrådsprotokollene oversendes Stortinget to ganger i året. Dette vil sikre at Stortinget blir informert om hvilke beslutninger som er truffet, og i dette tilfellet, når og med hvilken begrunnelse regjeringen har anvendt fullmaktsbestemmelsen til å fastsette forskrifter som fraviker lov.

Etter helseberedskapsloven § 1-5 er «Kongen» gitt myndighet til å beslutte at helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser kan tas i bruk. I tråd med uttalelser i forarbeider og praksis treffes denne type beslutninger av Kongen i statsråd. I kapittel 16

foreslår departementet å presisere dette i lov. Også dette taler for at derogasjonsmyndighet etter helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd bør legges til Kongen i statsråd.

På denne bakgrunnen foreslår departementet at kompetansen til å anvende fullmaktsbestemmelsen for å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning legges til Kongen i statsråd i forslag til ny lov § 7-1.

23.4.5 Krav om nødvendighet for å oppnå bestemte formål

23.4.5.1 *Gjeldende rett*

Bestemmelsen inneholder ikke noe eksplisitt krav om at det skal være «nødvendig» å anvende fullmaktsbestemmelsen eller at fullmaktsbestemmelsen bare kan anvendes for nærmere definerte formål.

Helseberedskapsloven er en fullmaktslov, og i de aller fleste situasjoner vil de ordinære fullmaktene i lovens kapittel 3 til 5 gi tilstrekkelige virkemidler til å håndtere helsekriser. Vurderingen av om det foreligger en situasjon som gjør at det er ønskelig å fravike gjeldende lovgivning, vil til en viss grad være en nødvendighetsvurdering. Det ligger allerede i bestemmelsens natur at en fullmakt til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lov, ikke vil bli benyttet med mindre det er nødvendig for å oppnå formålene som nevnt i loven § 1-1.

Det fremgår av § 6-2 andre ledd at det kun vil være adgang til å gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning, dersom betingelsene etter loven § 1-5 er oppfylt, jf. høringsnotatet punkt 16.3.

I mangel av en utfyllende diskusjon av bestemmelsen i lovens forarbeider må den blant annet forstås og anvendes i tråd med det som innenfor juridisk teori og praksis anses for å gjelde for fullmaktsbestemmelser som gir adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning (derogasjon), jf. høringsnotatets punkt 8.3 hvor det er redegjort nærmere for dette, punkt 23.4.1 hvor bestemmelsen diskuteres generelt og punktene 23.4.6 – 23.4.15 hvor bestemmelsens ulike elementer drøftes.

23.4.5.2 *Departementets vurderinger og forslag*

Nødvendighetskravet

Som nevnt inneholder ikke gjeldende § 6-2 andre ledd noe eksplisitt krav om at det skal være «nødvendig» å anvende fullmaktsbestemmelsen for å oppnå bestemte formål.

Som redegjort for i punkt 16.4, foreslår departementet å videreføre gjeldende § 1-5, samtidig som det presiseres at fullmaktsbestemmelsene bare kan anvendes når dette er nødvendig for å ivareta lovens formål. Se i den forbindelse også høringsnotatets punkt 11.2 om utforming av formålsbestemmelsen i forslag til ny lov.

Lovfesting av et eksplisitt nødvendighetskrav i forslag til ny § 7-1 vil tydeliggjøre at fravikelse av lov bare kan være aktuelt dersom krisen eller katastrofen ikke kan håndteres på en forsvarlig og tilstrekkelig effektiv måte ved bruk av tilgjengelige helse- og omsorgstjenesteressurser, innenfor de hjemlene som ellers følger av

helseberedskapslovens øvrige fullmaktsbestemmelser eller annen gjeldende lovgivning. Det må dermed i en konkret krise avklares om det eksisterer tilstrekkelige hjemler i gjeldende regelverk. Det må videre vurderes om formålet i stedet kan oppnås gjennom en ordinær lovprosess, jf. punkt 23.4.6 om dette.

Departementet foreslår derfor at det i ny lov § 7-1 andre ledd presiseres at det kun skal være adgang til å fravike gjeldende lovgivning dersom dette er «nødvendig» for å oppnå eller ivareta ett eller begge av følgende to alternative formål:

- a. ivareta befolkningens liv og helse eller
- b. sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen.

Det vil med andre ord kun være adgang til å anvende bestemmelsens fullmakter dersom dette er *nødvendig* for å oppnå de formålene som uttrykkelig fremgår av loven.

Sammenlignet med ordlyden i dagens bestemmelse, innebærer endringen en innsnevring. Departementet legger imidlertid til grunn at man i praksis også i dag vil måtte gjøre denne type vurderinger ved anvendelse av gjeldende bestemmelse.

Kravet om nødvendighet innebærer for det første at tiltaket kun kan gjennomføres dersom det er egnet eller passer som middel til å oppnå det konkrete tiltakets formål. Det må vurderes som sannsynlig at formålet kan oppnås ved fravikelse av den eller de lovbestemmelsene som er aktuelle.

Kravet innebærer videre at et alternativt tiltak må velges dersom det alternative tiltaket ivaretar formålet like godt og effektivt, men på en mindre inngripende måte. Dette handler om at tiltak ikke skal gå lenger enn det som er nødvendig i den konkrete situasjonen. Når det gjelder valget om å fastsette forskrifter som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen i stedet for å velge andre virkemidler, skal andre virkemidler velges dersom de er egnet til å oppfylle samme formål på en måte som er i overensstemmelse med gjeldende regelverk.

Krav om nødvendighet innebærer dermed at det bare kan fastsettes forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning dersom helsekrisen ikke kan håndteres på en forsvarlig og tilstrekkelig effektiv måte ved bruk av tilgjengelige helse- og omsorgstjenesteressurser, innenfor de hjemlene som følger av helseberedskapsloven for øvrig eller den ordinære reguleringen i helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.

Krav om nødvendighet kan ikke tolkes for strengt når det gjelder sannsynlighet for at de tiltakene man gjennom slike forskrifter skaffer seg hjemmel for, faktisk vil oppnå de formålene som bestemmelsen krever. Det kan vanskelig kreves sikker kunnskap om at man ved fravikelse av lov faktisk vil oppnå formålene om å ivareta befolkningens liv og helse eller at man effektivt vil bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen. I en hastefullmakt er det viktig at det ikke oppstilles vilkår som forutsetter omfattende og tidkrevende vurderinger. I et scenario der det er nødvendig å reagere raskt for å håndtere en ventet eller pågående helsekrise, må beslutninger tas under usikkerhet. Det må i en slik vurdering være tilstrekkelig at de tiltak som det søkes å skaffe hjemmel for, etter en forsvarlig medisinsk

og helsefaglig vurdering sannsynligvis vil være nødvendig for å oppnå formålene, enten alene eller i kombinasjon med andre tiltak som er eller kan iverksettes med hjemmel i lovens øvrige fullmaktsbestemmelser. Vurderingen må tas med bakgrunn i den situasjon som forelå på tidspunktet tiltaket eller tiltakene ble iverksatt.

Nødvendighetskravet har også en side mot vurderingen av om man innenfor gjeldende regelverk har nødvendige hjemler for de tiltakene man ønsker å iverksette, eller om det vil være tid til en ordinær lovprosess. Heller ikke her kan det kreves absolutt sikkerhet, men det må foretas en forsvarlig rettslig vurdering av eksisterende hjemlers rekkevidde og deres egnethet til å håndtere den foreliggende situasjonen. Dersom man bare delvis har hjemmel til å iverksette de tiltakene man ønsker, kan nødvendighetskravet etter en konkret vurdering innebære at man først iverksetter disse og deretter vurderer om de ønskede formålene i tilstrekkelig grad ble oppnådd gjennom eksisterende hjemler.

Ivareta befolkningens liv og helse

For å «ivareta befolkningens liv og helse», kan det for eksempel være nødvendig å iverksette tiltak for å hindre alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og for å hindre at konsekvensene av slik sykdom blir for store. Sykdom kan medføre tapt livskvalitet ved smerte og lidelse, nedsatt helsefunksjon og død, men også fordi et utbrudd som i stor grad påvirker befolkningens liv og helse samtidig kan påvirke samfunnets evne til å sikre grunnleggende og kritiske samfunnsfunksjoner. Bortfall av, eller redusert evne til å opprettholde, kritiske samfunnsfunksjoner vil raskt kunne få store konsekvenser for befolkningen. Et unormalt stort sykefravær innenfor helse- og omsorgstjenesten vil kunne få store konsekvenser for tjenestens evne til å tilby øyeblikkelig eller nødvendig helsehjelp til befolkning. Tilsvarende vil unormalt stort sykefravær kunne påvirke blant annet matproduksjon, elektrisitetsforsyning, vannforsyning og offentlig kommunikasjon.

Også ved krig eller omfattende masseskadesituasjoner som følge av naturkatastrofer eller alvorlige miljøhendelser kan det være behov for særskilte tiltak for å «ivareta befolkningens liv og helse». Antall sårede eller skadde kan i slike situasjoner bli så stort at det er nødvendig å gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning for å kunne tilby nødvendig helsehjelp til befolkningen. Tilsvarende kan det i slike situasjoner også oppstå behov for å gjøre unntak fra ellers gjeldende tjenesteplikter eller pasient- og brukerrettigheter, jf. nærmere om dette i punkt 23.4.7.

Departementet foreslår at forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning kan fastsettes dersom dette er «nødvendig» for å ivareta befolkningens liv og helse. Bestemmelsen foreslås som § 7-1 andre ledd bokstav a.

Sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester ikke overskrides

Departementet foreslår i tillegg at det bør fremgå uttrykkelig av bestemmelsen at det også skal være adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, dersom dette er nødvendig for å «bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens

kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen ikke overskrides», jf. forslaget til § 7-1 andre ledd bokstav b.

Ivaretagelse av helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for slike tjenester vil være en avgjørende forutsetning for å kunne «ivareta befolkningens liv og helse». Dersom disse formålene kan ivaretas innenfor gjeldende regelverk, vil det ikke være adgang til å anvende fullmaktsbestemmelsen med hjemmel i dette alternativet.

Selv om en sykdom eller lidelse kan oppleves mindre alvorlig for den enkelte som rammes, vil likevel forekomst av slik sykdom være alvorlig dersom svært mange rammes. I slike tilfeller vil omfanget av pasienter og den totale innsatsen som helse- og omsorgstjenesten av den grunn iverksetter, kunne påvirke tjenestens kapasitet i et slikt omfang at det får betydning for tjenestens tilbud til andre pasientgrupper. Dette vil spesielt kunne få konsekvenser for sårbare grupper med underliggende sykdommer som generelt er mer sårbare for økt belastning på helse- og omsorgstjenesten.

Hvilke tiltak som skal iverksettes for å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen, vil måtte vurderes konkret basert på den foreliggende helsekrisen. Det mest nærliggende vil være å forskriftsfeste adgang til å gjøre unntak fra ellers gjeldende tjenesteplikter eller pasient- og brukerrettigheter for å sikre at helse- og omsorgstjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen, se nærmere om dette i punkt 23.4.7.

Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom eller masseskadesituasjoner som følge av krig, naturkatastrofer eller alvorlige miljøhendelser kan antall sårede, skadde eller syke bli så stort at det er nødvendig å prioritere strengt hvordan helse- og omsorgstjenester samlede ressurser skal benyttes. Dette kan få betydning for hvem som skal yte ulike tjenester, hva slags tjenester som skal ytes og om enkelte tjenester bare skal ytes til nærmere bestemte pasient- og brukergrupper. Den eksisterende adgangen til å gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning åpner for at man kan beslutte å organisere tjenesten på en annen måte enn ved normalsituasjonen. Det kan for eksempel innebære at konkrete tjenester som i dag skal ytes fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten for en periode i stedet skal ytes fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne avlaste den kommunale helse- og omsorgstjenesten i den perioden som krisen pågår. Motsatt, kan det også etter omstendighetene være behov for at konkrete tjenester som i dag skal ytes fra spesialisthelsetjenesten for en periode i stedet skal ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Forskriftsfestede unntak fra ellers gjeldende prosessuelle og materielle tjenesteplikter eller pasient- og brukerrettigheter, i tråd med forslaget i punkt 23.4.7, kan også bidra til å hindre at tjenestens samlede kapasitet overbelastes. Det kan for eksempel besluttes at visse typer tjenester for en periode ikke lenger skal ytes eller at tidspunkt for ytelse av tjenester forskyves. Ved krig vil helse- og omsorgstjenestens virksomhet måtte omlegges for å kunne yte støtte til Forsvaret, i form av blant annet behandling av skadde soldater og sivile. For å frigjøre kapasitet til dette, kan det bli nødvendig å redusere sivilbefolkningens rettigheter. Det kan for eksempel bli aktuelt å beslutte at helse- og

omsorgstjenesten og sosialtjenesten kun skal bistå Forsvaret og ivareta øyeblikkelig hjelp til sivilbefolkningen, mens andre tjenester bare ytes i den grad det er kapasitet til dette.

Det finnes forholdsvis nye eksempler på midlertidig lovgivning som til en viss grad åpner for at det i forskrift kan gjøre slike unntak, men hvor man altså ikke anvendte helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd eller smittevernloven § 7-12 som hjemmelsgrunnlag. I en periode av koronapandemien ble det fastsatt midlertidige unntak fra enkelte prosessuelle bestemmelser i både helseberedskapsloven, pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Unntaksbestemmelsene var begrunnet med at dette var nødvendig for å frigjøre behandlingskapasitet og for å unngå løpende brudd på lovfastsatte plikter og rettigheter, jf. Prop. 104 L (2019-2020) *Midlertidige endringer i helseberedskapsloven (endringer for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19)*.

Tilsvarende er det vedtatt midlertidige bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 d, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 d og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 b. Disse bestemmelsene åpner for at departementet ved forskrift kan beslutte helt eller delvis unntak fra enkelte prosessuelle plikt- og rettighetsbestemmelser dersom det som følge av et høyt antall ankomster til Norge av personer fordrevet fra Ukraina, er nødvendig med slike unntak for å kunne foreta omstillinger eller prioriteringer for å bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens kapasitet ikke overskrides. De midlertidige unntakshjemlene ble første gang foreslått i Prop. 107 L (2021-2022) *Midlertidige endringer i lovverket som følge av ankomst av fordrevne fra Ukraina*. Unntaksbestemmelsene har blitt forlenget i påfølgende lovproposisjoner, senest Prop. 72 L (2023-2024) *Endringer i barnetrygdloven og midlertidige endringer i lovverket som følge av ankomst av fordrevne fra Ukraina (videreføring m.m.)*, og gjelder til 1. juli 2026.

23.4.6 Ikke mulig med ordinær lovbehandling - «fare ved opphold»

23.4.6.1 Gjeldende rett

I motsetning til hva som gjelder etter smittevernloven § 7-12, er det i helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd ikke tatt inn som vilkår for å anvende bestemmelsen at det er «fare ved opphold». Dette må sees i lys av at helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd er en ordinær fullmaktshjemmel, og ikke en nødrettshjemmel hvor ordinær lovbehandling skal gjennomføres om mulig.

Kravet om fare ved opphold etter smittevernloven § 7-12 har samme innhold som etter beredskapsloven § 3. Departementet legger til grunn at vilkåret innebærer at smittevernloven § 7-12 bare kan anvendes dersom den alvorlige nasjonale krisesituasjonen krever at særskilte tiltak må iverksettes så raskt at det er grunn til å tro at det vil oppstå fare hvis man må avvente en ordinær lovbehandling på Stortinget for å få på plass nødvendig lovregulering. Kravet innebærer med andre ord at man må ha grunn til å tro at det med ordinær lovbehandling ikke tilstrekkelig raskt er mulig å gjennomføre de tilpasningene av lovgivningen som er nødvendige for å oppnå formålene om å verne folkehelsen, liv og helse og tjenestetilbudet.

23.4.6.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet legger til grunn at lovbehandling hvor et lovforslag må utformes, om mulig høres, fremlegges i en lovproposisjon og deretter behandles i Stortinget med komitebehandling og voteringer, som hovedregel vil ta vesentlig lengre tid enn en forskrift vedtatt av Kongen i statsråd. Departementet viser imidlertid til at det under koronapandemien ved flere anledninger var mulig å fremme lovforslag som Stortinget vedtok innen svært kort tid.

Hvorvidt det vil være tid til lovbehandling i Stortinget, må vurderes konkret basert på den situasjonen som foreligger og hvor mye det haster med å få på plass nytt eller endret regelverk. Det kan særlig være vanskelig å vurdere graden av hast i innledende faser av en alvorlig helsekrise, hvor kunnskapen om krisens forventede omfang og alvorlighet kan være begrenset. Samtidig vil behovet for å handle raskt i særlig grad gjelde i starten av en helsekrise, hvor det kan være stor usikkerhet både knyttet til krisens skadeevne og hvordan krisen vil utvikle seg på kort eller lang sikt. I slike situasjoner er det viktig at regelverket gir nødvendig beslutningsmyndighet og virkemidler.

I tillegg til vurderingen av om det ut fra en helsefaglig og samfunnsmessig vurdering er nødvendig å fravike gjeldende lov, må det også avklares hvorvidt det eksisterer tilstrekkelige hjemler i helseberedskapsloven eller annet regelverk. Dette vil innebære en vurdering av om det er nødvendig å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning. I NOU 2019:13 *Når krisen inntreffer*, er det i kommentarer til lovforslaget § 4, på side 122, blant annet redegjort for en slik vurdering knyttet opp til det som var utvalgets lovforslag:

«Foreligger slike lovhomeer allerede, vil det først og fremst være disse hjemlene som må danne utgangspunkt for videre rettslig regulering i en krisesituasjon. Om det er uklart hvorvidt det foreligger tilstrekkelig lovhome, eller om eksisterende lovhomeer kun omfatter deler av de tiltak det er behov for å iverksette, er dette likevel ikke til hinder for anvendelse av denne loven. Dette vilkåret må således ikke forstås for strengt, idet det avgjørende hensyn er ivaretagelsen av legalitetsprinsippet.»

Den nå opphevede koronaloven slo i § 1 fast at loven ikke gjaldt dersom formålet kunne «ivaretas gjennom normal lovbehandling». Til dette uttalte Stortinget i Innst. 204 L (2019-2020):

«Komiteen understreker at koronaloven kun skal anvendes dersom det er nøye vurdert og konkludert med at det er nødvendig å bruke denne loven som home for en ny forskrift. Loven skal ikke komme til anvendelse dersom formålet kan ivaretas gjennom normal lovbehandling i Stortinget. Dette skal sikre at fullmaktsloven ikke går ut over demokratiske hensyn mer enn nødvendig, og betyr at der det er tid til å gjennomføre en ordinær lovgivningsprosess, skal dette alternativet velges. I denne vurderingen må det imidlertid også sees hen til volumet av saker som skal behandles i Stortinget.

Det er kun nødvendig dersom andre gjeldende lover ikke kan fungere som home for en ny forskrift eller at det haster så mye at den alminnelige lovgivningsprosessen ikke er forsvarlig.»

Det ligger allerede som en forutsetning at en slik fullmakt ikke vil bli benyttet med mindre det er nødvendig. Helseberedskapsloven er en fullmaktslov, og i de aller fleste situasjoner

vil fullmaktene gi tilstrekkelige virkemidler til å håndtere helsekriser som ikke kan håndteres innenfor den ordinære helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen. Som nevnt inneholder denne lovgivningen betydelig fleksibilitet når det gjelder organisering og prioritering for å kunne håndtere større eller mindre helsekriser som oppstår. Departementet mener likevel at en presisering av at anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kun skal være mulig dersom formålet ikke kan ivaretas gjennom ordinær lovbehandling er så sentralt at det bør fremgå uttrykkelig av loven.

Departementet viser i den forbindelse også til at det i forslag til ny helseberedskapsloven § 1-5 foreslås presisert at lovens fullmakter fortsatt skal kunne benyttes både ved kriser eller katastrofer i fredstid «som har inntrådt» eller «som med stor sannsynlighet vil inntreffe i nærmeste fremtid». Det at fullmaktsbestemmelsen skal kunne anvendes før en krise eller katastrofe har inntrådt, taler også for en presisering i lov av at fullmaktsbestemmelsen kun kan anvendes dersom formålet ikke kan ivaretas gjennom ordinær lovbehandling.

I tråd med den nå opphevede koronaloven § 1 og Stortingets uttalelser, foreslår departementet å lovfeste i ny lov § 7-1 tredje ledd at fullmakten til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, bare skal kunne benyttes «dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling». Departementet foreslår også å lovfeste at det ikke vil være anledning til å anvende fullmaktsbestemmelsen dersom helsekrisen kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning, jf. lovforslaget § 7-1 tredje ledd.

Forslaget innebærer en tydeliggjøring av hva som ligger i vilkåret om «fare ved opphold», og skal ikke endre meningsinnholdet. I høringsnotat om forslag til ny smittevernlov foreslås det også å benytte en slik formulering i denne lovens fullmaktsbestemmelse. Argumentene mot en presisering av vilkåret er særlig at øvrig beredskapslovgivning benytter formuleringen «fare ved opphold», jf. for eksempel beredskapsloven § 3 første ledd og ny forvaltningslov § 6 første ledd (ikke i kraft). Departementet ber høringsinstansene særlig vurdere om den kortere formuleringen «fare ved opphold» likevel bør benyttes også i helseberedskapsloven.

Hvorvidt man helt eller delvis har tilstrekkelig hjemmel innenfor eksisterende lovgivning, eller om det vil være tid til å gjennomføre en ordinær lovprosess, vil avhenge av den konkrete situasjonen. Graden av hast vil blant annet være av betydning for hvor inngående vurderinger man har tid til å gjennomføre.

Vilkårene skal ikke forstås for strengt. I en hastefullmakt er det viktig at det ikke oppstilles vilkår som forutsetter tidkrevende vurderinger. I et scenario der det er nødvendig å håndtere en alvorlig helsekrise, må beslutninger tas under usikkerhet. Det vil også gjelde spørsmålet om det finnes tilstrekkelige hjemler for tiltakene i eksisterende lovverk eller om det vil være tid til en ordinær lovprosess. Den demokratiske kontrollen med bruk av derogasjonshjemmelen må først og fremst ligge i at Stortinget involveres så raskt som mulig, jf. nedenfor under punkt 23.4.13.

23.4.7 Adgang til å fravike lovgivning om drift, organisering og ansvarsforhold og lovgivning om tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter

23.4.7.1 Gjeldende rett

Etter helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd følger kan Kongen ved forskrift fravike helse- og sosiallovgivningens bestemmelser om «drift, administrasjon og ansvarsforhold». Dette indikerer at forskrifter som fraviker lov kun kan gis om interne og organisatoriske forhold og intern fordeling av oppgaver, og at det derfor ikke vil være adgang til å fravike tjenesteplikter og den enkeltes pasient- og brukerrettigheter.

En samlet gjennomgang av forarbeidene støtter denne forståelsen. I Ot prp nr 89 (1998-1999) *Om lov om helsemessig og sosial beredskap*, punkt 11.4 uttaler departementet at «det kun skal være hjemmel til å fravike den alminnelige helse- og sosiallovgivningens bestemmelser om drift, administrasjon og ansvarsforhold.» Det uttales imidlertid i de spesielle merknadene til bestemmelsen at «[d]et kan også bli nødvendig å tillempe enkelte bestemmelser i lovgivningen vedrørende taushetsplikt.»

I Prop. 104 L (2019–2020) *Midlertidige endringer i helseberedskapsloven (endringer for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19)*, uttales det på side 18 at «[e]tter departementets vurdering gir ikke helseberedskapsloven § 6-2 en klar hjemmel til å gjøre inngrep i pasient- og brukerrettigheter knyttet til enkeltpersoner».

Basert på dette foreslo departementet et nytt midlertidig tredje ledd i § 6-2 som lød:

«Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan Kongen gi midlertidige forskrifter som utfyller, supplerer eller fraviker pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 så langt det er nødvendig for å bidra til likeverdig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester og en forsvarlig og effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Forskriftene kan utfylle, supplere og fravike tilhørende pliktbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Det kan ikke gjøres unntak fra pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første, andre og tredje ledd og § 2-1 b første ledd og andre ledd første punktum.»

Bestemmelsen ble under pandemien benyttet til å fravike enkelte bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og prioriteringsforskriften. Den ble opphevet fra 1. juni 2021.

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd gir kun adgang til å fravike bestemmelser innenfor «gjeldende helse- og sosiallovgivning». Forarbeidene avklarer ikke nærmere hvordan dette rettsområdet skal avgrenses konkret, jf. nærmere om dette i punkt 23.4.8.

23.4.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår å videreføre adgangen til å fastsette midlertidige forskrifter om «drift, organisering og ansvarsforhold» som fraviker lov, jf. forslag til ny lov § 7-1 første ledd første punktum.

Disse begrepene overlapper hverandre til en viss grad. Begrepene «organisering» og «ansvarsforhold» vil langt på vei være to sider av samme sak.

«Drift»

Med begrepet «drift» siktes det i hovedsak til det å drive eller styre en virksomhet, institusjon eller en tjeneste. Dette kan for eksempel gjelde den samlede helse- og omsorgstjenesten i en kommune eller en mindre del av den samlede virksomheten, for eksempel en kommunal helsestasjon. Et eksempel innenfor spesialisthelsetjenesten kan være et helseforetak, et sykehus eller en avdeling eller sengepost på sykehuset.

Begrepet «drift» kan gjelde den daglige driften av virksomhet, institusjon eller tjeneste, men også drift sett i et lengre tidsperspektiv. Drift kan forstås som det å holde en virksomhet i gang og hvordan ulike tjenester innenfor virksomhetens ansvarsområde produseres, tilbys eller ytes. Drift kan videre forstås som det å sørge for at virksomheten, institusjonen eller tjenesten fungerer effektivt, herunder det å planlegge og administrere de daglige oppgavene og rutiner som er nødvendige for at ulike tjenester innenfor virksomhetens ansvarsområde kan ytes fra dag til dag.

Helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen inneholder få spesifikke krav til hvordan ulike virksomheter eller tjenester skal organiseres eller driftes. Helt overordnet vil plikt til å sørge for forsvarlige tjenester legge føringer for hvordan virksomheter eller tjenester skal driftes, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd første punktum og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 første punktum. Selv om forsvarlighetsplikten normalt vil oppfattes som en plikt til å sørge for at den enkelte pasient eller bruker mottar rett tjenester av forsvarlig omfang og kvalitet til rett tid, vil måten man driver ulike virksomheter eller tjenester på kunne ha stor betydning for om man klarer å overholde forsvarlighetsplikten. Et annet eksempel som mer direkte retter seg mot krav til driften, kan være helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd som stiller krav om at «kommunen [skal] ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog» for å oppfylle sitt ansvar etter loven § 3-1.

«Organisering»

Begrepet «organisering» sikter grovt sett til den prosessen som gjennomføres for å ordne eller innrette ulike deler av en virksomhet, tjeneste eller individer på en hensiktsmessig måte, slik at de virker som en helhet. Organisering kan slik sett bety fordeling av ansvar eller oppgaver innad i en organisasjon, å tilrettelegge, koordinere eller sette i system hvordan oppgaver skal løses eller hvordan tjenester skal produseres, tilbys eller ytes. Organisering vil slik sett også definere den enkelte ansattes plassering i organisasjonen, hva som er den enkeltes ansvarsområder, oppgaver og myndighet og hvilke over- og underordningsforhold som gjelder i organisasjonen.

Begrepet «organisering» kan gjelde bare innad i en virksomhet, og da både virksomhetens ulike deler for seg og hver enkelt del sett i sammenheng med virksomhetens øvrige deler. Et eksempel på dette vil være hvordan et sykehus er organisert i ulike divisjoner, avdelinger eller sengeposter, basert på medisinske fagområder.

Begrepet «organisering» kan også gjelde den enkelte virksomhets organisering eller avgrensning mot andre virksomheter som driver innenfor samme sektor eller tilgrensende

fagområder. Et eksempel på dette kan være den funksjonsfordelingen som ofte skjer mellom sykehus, blant annet at ett sykehus kan ha lands- eller regionsfunksjon for ulike fagområder som de øvrige sykehusene ikke har.

Med «organisering» kan det også siktes til hvordan ulike tjenester fordeles mellom tjenestenivåene, henholdsvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den statlige spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd bestemmer at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Tilsvarende følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 og § 2-1 a at staten og det regionale helseforetaket skal sørge for at personer innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

«Ansvarsforhold»

Det vil være tett sammenheng og overlapp mellom begrepene «organisering» og «ansvarsforhold», og i mange sammenhenger vil dette være to sider av samme sak.

«Ansvar» eller «ansvarlighet» innebærer i juridisk sammenheng å ha rettslig ansvar for en handling, herunder også rettslig ansvar for å unnlate å utføre nærmere definerte handlinger. Begrepet «ansvarsforhold» brukes ofte for å beskrive forholdet mellom en person, gruppe, organisasjon eller institusjon og deres ansvar for noe, med andre ord hvordan ansvaret er fordelt. Fordeling av ansvar kan for det første gjelde internt i den enkelte virksomhet, for eksempel innad i det enkelte sykehus eller de ulike sykehusavdelingene. Også innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil det gjelde klare retningslinjer for hvilke oppgaver eller tjenester de ulike kommunale etatene eller sektorene skal sørge for. For det andre, kan fordeling av ansvar skje mellom tjenestenivåene eller forvaltningsnivåene. I denne forbindelse siktes det særlig til hvilket tjenestetilbud som henholdsvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal sørge for at befolkningen får.

I tillegg til at ansvar eller ansvarsforhold kan følge av lov, kan ansvaret for å tilby en tjeneste følge av avtale. Et eksempel på dette er når et regionalt helseforetak inngår avtale med en privat aktør om å yte tjenester på vegne av det offentlige. Det regionale helseforetaket vil fortsatt ha sørge-for-ansvaret for at tjenesten tilbys, mens den private avtaleparten har ansvar for å utføre tjenesten i samsvar med inngått avtale.

Fravikelse av gjeldende pliktbestemmelser i tjenestelovgivningen

Som påpekt i punkt 23.4.7.1, gir bestemmelsen i helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd kun adgang til å gi forskrifter som fraviker bestemmelser i lov om «drift, organisering og ansvarsforhold». Det er derfor nødvendig med et tydelig hjemmelsgrunnlag, dersom det også skal være adgang til å kunne fravike gjeldende pliktbestemmelser i tjenestelovgivningen og bestemmelser om pasient- og brukerrettigheter.

Det kan være vanskelig å se begrepene «organisering» og «ansvarsforhold» uavhengig fra begrepene «tjenesteplikter» og «rettigheter». I praksis vil det ofte være slik at fravikelse

av bestemmelser som regulerer organisering eller ansvarsforhold, samtidig vil forutsette fravikelse av pliktbestemmelsene i tjenestelovgivningen og i noen tilfeller også bestemmelser om pasient- og brukerrettigheter.

Som redegjort for i punkt 23.4.6, finnes det forholdsvis nye eksempler på midlertidig lovgivning som til en viss grad åpner for å fravike plikter og rettigheter, men hvor man altså ikke anvendte helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd eller smittevernloven § 7-12 som hjemmelsgrunnlag. I en periode av koronapandemien ble det fastsatt midlertidige unntak fra enkelte prosessuelle bestemmelser i både helseberedskapsloven, pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Unntaksbestemmelsene var begrunnet med at dette var nødvendig for å frigjøre behandlingskapasitet og for å unngå løpende brudd på lovfastsatte plikter og rettigheter. Tilsvarende er det vedtatt midlertidige bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som åpner for at departementet ved forskrift kan beslutte helt eller delvis unntak fra enkelte prosessuelle plikt- og rettighetsbestemmelser dersom det som følge av et høyt antall ankomster til Norge av personer fordrevet fra Ukraina, er nødvendig med slike unntak for å kunne foreta omstillinger eller prioriteringer for å bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen.

Departementet foreslår at det i forslag til ny lov § 7-1 første ledd andre punktum inntas en hjemmel til å fastsette midlertidige forskrifter som fraviker tjenesteplikter i lov. Dette vil innebære en utvidelse sammenlignet med gjeldende rett.

I denne sammenheng benyttes begrepet «tjenesteplikter» for det første om individuelle eller personlige plikter som gjennom lov er pålagt personer som arbeider innenfor virksomheter som omfattes av helseberedskapsloven. Pliktene følger av en arbeidsavtale eller et arbeidsforhold, og kan innebære en plikt til å gjennomføre bestemte handlinger eller arbeidsoppgaver, eller en plikt til å unnlate å utføre bestemte handlinger. Begrepet «tjenesteplikter» omfatter for det andre plikter som retter seg mot de virksomhetene som omfattes av helseberedskapsloven.

Begrepet «tjenesteplikt», og adgangen til å fravike disse, må sees i sammenheng med hvilke lover det skal være adgang til å fravike. Se drøfting av dette under punkt 23.4.8.

Individuelle eller personlige tjenesteplikter

Helsepersonell er særlig pålagt individuelle eller personlige plikter etter *helsepersonelloven*.

Dette gjelder for det første den overordnede forsvarlighetsplikten etter loven § 4 første og andre ledd, som pålegger helsepersonell å «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig», kravet om å «innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner» og kravet om å «innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig».

I tillegg til forsvarlighetsplikten, inneholder helsepersonelloven en rekke andre individuelle pliktbestemmelser. Etter loven § 7 skal helsepersonell «straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig» og etter § 10 skal helsepersonell «gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven». Lovens kapittel 5 inneholder bestemmelser om taushetsplikt og hvilken rett helsepersonellet har til å dele taushetsbelagte opplysninger. Bestemmelser om personellets opplysningsplikt er inntatt i lovens kapittel 6, mens det i lovens kapittel 7 er inntatt bestemmelser om ulike meldeplikter. Videre følger det av loven § 39 første ledd at «[d]en som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient» og etter loven § 41 plikter den som yter helsehjelp å «gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven».

Etter *sosialtjenesteloven* § 4 skal tjenester som ytes etter denne loven være «forsvarlige». I loven § 44 er det fastsatt regler om taushetsplikt for «[e]nhver som utfører tjeneste eller arbeid for kommunen etter denne loven», mens loven § 45 pålegger opplysningsplikt til barnevernet på nærmere vilkår.

Individuelle tjenesteplikter vil også omfatte de gjøremålene en arbeidstaker skal ivareta i kraft av sin stilling. Dette kan fremgå av individuelle eller kollektive arbeidsavtaler eller instruksjer.

Tjenesteplikter som retter seg mot virksomheter eller institusjoner

En lang rekke lover pålegger tjenesteplikter for virksomheter eller institusjoner innenfor helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten. Det er enten plikter som er pålagt virksomhetens eier som sådan, eller plikter som vil gjelde for personellet som arbeider innenfor virksomheten eller som etter avtale yter tjenester på vegne av virksomheten.

Etter *helse- og omsorgstjenesteloven* § 3-1 første ledd skal «[k]ommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.» Av bestemmelsens andre ledd fremgår det at «[k]ommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne». I loven § 3-2 første ledd listes det opp en rekke tjenester som kommunen skal tilby for å oppfylle ansvaret fastsatt i loven § 3-1, blant annet helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste, legevakt, fastlegeordning, helsetjenester i hjemmet og sykehjem. Kommunen skal etter loven § 4-1 sørge for at de tjenestene de tilbyr er forsvarlige. Etter loven § 4-2 a skal kommunen «sørge for at det gis slik informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven». I loven kapittel 7 er det gitt bestemmelser om kommunens plikt til å tilby individuell plan, koordinator og barnekoordinator. Også i lovens øvrige bestemmelser er det fastsatt en rekke plikter for kommunen som tjenesteyter.

Tilsvarende følger det av *spesialisthelsetjenesteloven* § 2-1 at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Loven § 2-1a bestemmer at det regionale helseforetaket «skal sørge for at personer med fast bopel eller

oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon». Dette omfatter blant annet sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste. Av loven § 2-1d fremgår at «[V]ed ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan det regionale helseforetaket pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetaket og institusjoner som det regionale helseforetaket eier, å utføre nærmere tilvist arbeid». Plikt til forsvarlighet følger av loven § 2-2, mens regler om plikt til å sørge for individuell plan, koordinator, koordinerende enhet og kontaktlege, følger av §§ 2-5 til 2-5c. Plikten til å sørge for øyeblikkelig hjelp følger av loven § 3-1. Etter § 3-5 skal de regionale helseforetakene «sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen.»

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder «for undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet, samt for forutgående undersøkelse med sikte på etablering av tvungent psykisk helsevern», jf. loven § 1-1a første ledd. Med «psykisk helsevern» menes «spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever», jf. loven § 1-2 første ledd. Psykisk helsevern skal som hovedregel ytes på bakgrunn av samtykke, jf. loven § 2-1 første ledd, men psykisk helsevern kan på strenge vilkår også ytes ved tvang, jf. loven kapittel 3.

Etter *tannhelsetjenesteloven* § 1-1 første ledd skal fylkeskommunen «sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket». Av loven § 1-3 fremgår at den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til utvalgte pasientgrupper, blant annet barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede, unge voksne, grupper av eldre og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Grupper som nevnt i loven § 1-3 har «rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg», jf. loven § 2-1 første ledd. Av loven § 6-1 første ledd fremgår det at fylkeskommunen «plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning».

Sosialtjenestelovens formål er blant annet å «bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet», jf. loven § 1 første ledd. I motsetning til de ovennevnte tjenestelovene innenfor helse- og omsorgstjenesten, inneholder sosialtjenesteloven både plikter for tjenesten og individuelle rettigheter. Av loven § 3 første ledd fremgår det at «[k]ommunen er ansvarlig for å utføre oppgavene etter denne loven som ikke er lagt til et statlig organ, og å yte tjenester etter loven til alle som oppholder seg i kommunen». Tjenester som ytes etter sosialtjenesteloven skal være forsvarlige, jf. § 4. Kommunens generelle oppgaver etter loven er inntatt i lovens kapittel 3, mens kommunens individuelle tjenester er inntatt

i lovens kapittel 4. Av loven § 17 fremgår det at «[k]ommunen skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer». Etter § 18 har de «som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter», krav på økonomisk stønad. Etter § 27 er kommunen forpliktet «til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv». Etter § 29 skal kommunen tilby kvalifiseringsprogram til «personer mellom 18 og 67 år med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold etter folketrygdloven eller arbeidsmarkedsloven». Av sosialtjenesteloven § 3 og § 8 går det fram at både kommunene og staten er ansvarlig for oppgaver som følger av loven.

I tillegg til de mer utpregede tjenestelovene som det er redegjort for over, er det en lang rekke *andre lover som regulerer plikt til å sørge for tjenester* innenfor bestemte fag- eller tjenesteområder. I disse lovene listes det opp hvilke tjenester som skal ytes, hvem som kan eller skal yte dem og hvordan de skal ytes. Eksempler på slike lover er smittevernloven, bioteknologiloven, arbeids- og velferdsforvaltningsloven, folkehelseloven, pasientjournalloven, transplantasjonsloven, obduksjonsloven, lov om rituell omskjæring av gutter og abortloven, jf. nærmere under punkt 23.4.8.

Også i *helsepersonelloven* finnes det enkelte bestemmelser som retter seg mot virksomheter, jf. blant annet § 16 første ledd hvor det fremgår at «[v]irksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter».

Oppsummert om adgangen til å fravike tjenesteplikter

Departementet foreslår at det inntas en hjemmel til å fastsette midlertidige forskrifter som fraviker tjenesteplikter i lov, jf. forslag til ny lov § 7-1 første ledd andre punktum. Dette vil innebære en utvidelse sammenlignet med gjeldende rett.

Departementet foreslår at adgangen til å fravike lov skal gjelde både individuelle eller personlige tjenesteplikter og tjenesteplikter som retter seg mot virksomheter eller institusjoner. Departementet foreslår videre at adgangen til å fravike lov skal gjelde tjenesteplikter av både materiell og prosessuell art. I prinsippet vil dette innebære at det også vil kunne besluttes å fravike kravet om forsvarlighet, både på system og individnivå. I praksis vil det imidlertid neppe være et absolutt behov for å fravike forsvarlighetsplikten, idet dette er en rettslig standard hvis innhold må avhenge av situasjonen man står i og de ressursene (materiell og personell) som er til rådighet. I svært alvorlige kriser kan det imidlertid tenkes behov for å fravike plikter og rettigheter i et slikt omfang at det vil være nødvendig helt eller delvis å fravike den lovfestede forsvarlighetsplikten.

I punkt 23.4.6 foreslås det også presisert at adgangen til å fravike lov bare skal gjelde i situasjoner hvor helsekrisen ikke kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning. Den ordinære helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen åpner allerede for betydelig fleksibilitet i organisering og prioritering for å kunne håndtere større eller mindre helsekriser. Adgangen til å fravike tjenesteplikter i lov må også sees i sammenheng med helseberedskapslovens øvrige fullmaktsbestemmelser. I de aller fleste

situasjoner vil disse fullmaktene gi tilstrekkelige virkemidler til å håndtere helsekriser som ikke kan håndteres innenfor den ordinære helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen. Adgangen til å fravike lov med hjemmel i ny lov § 7-1 første ledd andre punktum vil slik sett bare helt unntaksvis være oppfylt, og bare dersom også øvrige vilkår og begrensninger i lovens kapittel 7 er oppfylt.

Helseberedskapsloven kapitler 3 til 5 åpner blant annet for rekvisisjon, tjenesteplikt og beordring, endret ansvars-, oppgave- og ressursfordeling og omlegging av driften. Anvendelse av disse fullmaktene vil i mange situasjoner kunne skje uten at det samtidig er nødvendig å gi forskrifter som fraviker konkrete tjenesteplikter i lov. I gitte situasjoner vil imidlertid anvendelse av fullmaktene, og særlig adgangen til å beslutte endret ansvars- og oppgavefordeling eller omlegging av driften, kunne innebære at det ikke lenger vil være mulig å yte tjenestene i tråd med det som følger av den ordinære tjenestelovgivningen. I slike situasjoner kan det være nødvendig å fravike konkrete tjenesteplikter i lov. Som eksempel kan det i alvorlige helsekriser være nødvendig å beslutte at enkelte kommunale tjenester ikke lenger skal ytes i samme omfang som i en normalsituasjon, eller at enkelte typer tjenester skal ytes av andre personellgrupper enn det som gjelder i normalsituasjonen. Et annet eksempel kan være at enkelte typer tjenester som i normalsituasjonen ytes av spesialisthelsetjenesten, i en krisesituasjon må ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som ytterligere eksempel kan det i krig være en så stor økning i antall skadde og sårede personer, at hverken spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten klarer å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester av samme omfang eller kvalitet som de i normalsituasjoner yter til ulike pasient- og brukergrupper. For å kunne prioritere den samlede tjenesteinnsatsen på en mest mulig effektiv og rettferdig måte, og for å unngå løpende brudd på lovfastsatte tjenesteplikter, vil det i en alvorlig helsekrise være nødvendig med lovgivning som på strenge vilkår åpner for en adgang til å fravike konkrete tjenesteplikter midlertidig.

Fravikelse av gjeldende pasient- og brukerrettigheter

Pasient- og brukerrettigheter følger primært av *pasient og brukerrettighetsloven*. Loven gir blant annet rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendige helse- og omsorgstjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (loven §§ 2-1 og 2-2), å stå på fastleges liste (§ 2-1 c), brukerstyrt personlig assistanse (§ 2-1 d), sykehjemsplass (§ 2-1 e), vurdering, tidsfrist, tidspunkt og informasjon om nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (§ 2-2 a), fornyet vurdering og valg av behandlingssted (§§ 2-3 og 2-4), individuell plan (§ 2-5), kontaktlege i spesialisthelsetjenesten (§ 2-5 a), koordinator (§ 2-5 b), barnekoordinator i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (§ 2-5 c) og dekning av utgifter til pasientreiser ved ytelse av spesialisthelsetjenester (§ 2-6). Loven har i kapittel 3 bestemmelser om pasient og brukers rett til medvirkning og informasjon, kapittel 5 har bestemmelser om rett til journalinnsyn og i kapittel er det lovfestet enkelte rettigheter som kun gjelder for barn. Lovens kapittel 7 har bestemmelser om adgangen til å klage og å anmode om tilsyn.

Tannhelsetjenesteloven § 2-1 gir persongrupper som faller innenfor den offentlige tannhelsetjenestens ansvarsområde etter loven § 1-3, «rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg».

Sosialtjenesteloven gir både bestemmelser om rettigheter for den enkelte og pliktbestemmelser som til en viss grad også oppfattes som en rettighet for den enkelte. Eksempler på individuelle rettighetsbestemmelser er loven § 18 om stønad til livsopphold hvor det fremgår at den enkelte har «krav på» økonomisk stønad, § 28 om rett til å få utarbeidet individuell plan, §§ 29 og 34 om kvalifiseringsprogram og individuell plan for deltakere i kvalifiseringsprogram og § 35 om rett til kvalifiseringsstønad. Etter *NAV-loven* § 14 a første ledd har alle som henvender seg til NAV-kontoret, «og som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, [...] rett til å få vurdert sitt bistandsbehov». Brukere som har behov for en mer omfattende vurdering av sitt bistandsbehov, har «rett til å få en arbeidsevnevurdering». Etter bestemmelsens tredje ledd har brukere som har fått fastslått at de har et bistandsbehov «rett til å delta i utarbeidelsen av en konkret plan for hvordan de skal komme i arbeid (aktivitetsplan)». Etter loven § 15 første ledd har enhver som henvender seg til NAV-kontoret, «rett til informasjon om arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester og ytelser» og etter tredje ledd har den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester «rett til å få utarbeidet individuell plan».

Også i den øvrige helse- og omsorgstjenestelovgivningen finnes det flere eksempler på pasient- og brukerrettigheter. Etter *abortloven* §§ 3 og 4 har gravide rett til abort og fosterantallsreduksjon på nærmere vilkår. Etter *steriliseringsloven* § 2 kan den som har fylt 25 år begjære sterilisering. *Smittevernloven* § 6-1 første ledd slår fast at «enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp». Etter *bioteknologiloven* § 2-7 andre ledd har den som er født etter assistert befruktning ved hjelp av donert ubefruktet egg eller donert sæd, rett til å få opplysninger om donors identitet har ved fylte 15 år.

Departementet foreslår at det i ny lov § 7-1 første ledd andre punktum inntas en hjemmel til å fastsette midlertidige forskrifter som fraviker pasient- og brukerrettigheter i lov. Dette vil innebære en utvidelse sammenlignet med gjeldende rett.

Bestemmelsen vil gi hjemmel for beslutninger om å fravike lov som innebærer midlertidig suspensjon av enkeltpersoners lovfestede rettigheter, eventuelt at det modifiseres hvordan rettighetene kan oppfylles. Dette åpner for å fravike også den type lovverk som det ved midlertidig lov i dag er gitt adgang til å fravike som følge av et høyt antall ankomster til Norge av personer fordrevet fra Ukraina. Departementet foreslår at hjemmelen skal åpne for å fravike bestemmelser av både materiell og prosessuell art.

Innenfor dagens lovgivning har særlig spesialisthelsetjenesten, og til en viss grad også den kommunale helse- og omsorgstjenesten, adgang til å omprioritere personell, ressurser og tjenestetilbud i perioder med stor pasientpågang. Plikten til å yte «forsvarlige tjenester» og «nødvendige helse- og omsorgstjenester» er også skjønnsmessige begreper som til en viss grad åpner for nødvendige omprioriteringer. Pasienter eller brukere vil derfor til en viss grad måtte akseptere å vente lenger på tjenester eller at tjenester ytes på en annen måte enn i en normalsituasjon, uten at dette anses som et brudd på tjenesteplikter eller motsvarende pasient- og brukerrettigheter.

Selv om departementet vurderer at tjenestene i mange situasjoner med svært høy pasientpågang vil klare å tilby grunnleggende helse- og omsorgstjenester av forsvarlig kvalitet og omfang til alle, kan det imidlertid ved større eller langvarige helsekriser tenkes at det ikke er mulig å overholde enkelte rettigheter av mer organisatorisk eller prosessuell art, for eksempel enkelte fristbestemmelser. Departementet viser i den forbindelse til at lovfestede pasient- og brukerrettigheter knyttet til tilgang til eller organisering av ytelse av helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester, vil kunne legge begrensninger på muligheten til å prioritere ressursene på en hensiktsmessig måte i en krisesituasjon.

Ordninger som individuell plan, koordinator, kontaktlege og barnekoordinator skal bidra til å sikre forsvarlige og koordinerte tjenester, men legger samtidig beslag på personellressurser til administrasjon og saksbehandling. Opprettholdelse av slike ordninger i samme omfang som i en normalsituasjon, vil i en krisesituasjon kunne begrense tjenestenes mulighet til å foreta nødvendige og hensiktsmessige prioriteringer. Det er også grunn til å anta at det i situasjoner med svært stor pasientpågang vil kunne oppstå kapasitetsutfordringer innenfor enkelte deler av helse- og omsorgstjenesten, mens kapasiteten ikke utfordres i like stor grad innenfor andre deler av tjenestene. I slike situasjoner kan det oppstå behov for å omplassere personell fra ett tjenesteområde til et annet, noe som igjen vil kunne påvirke muligheten for å oppfylle pasient- og brukerrettigheter fullt ut.

For å kunne anvende fullmaktsbestemmelsen i § 7-1 må loven § 1-5 være oppfylt. Dette gjelder situasjoner hvor riket er i krig, når krig truer eller ved kriser eller katastrofer i fredstid, jf. nærmere redegjørelse for dette i kapittel 16. I en krigssituasjon med mange sårede og skadde, må helse- og omsorgstjenesten omorganisere og innrette sin virksomhet mot å primært ivareta Forsvarets behov. Ved alvorlige pandemier, naturkatastrofer eller flyktningkriser kan det i perioder oppstå en pasientpågang som langt overskrider det normale. I slike situasjoner kan helse- og omsorgstjenestens kapasitet til å tilby tjenester på samme måte som i en normalsituasjon bli utfordret. Dette vil igjen kunne påvirke tjenestenes mulighet for å oppfylle lovfestede rettigheter fullt ut.

For å avhjelpe ressurs- og kapasitetsutfordringer som kan oppstå i slike situasjoner, foreslår departementet at det ved forskrift også skal være adgang til å gjøre helt eller delvis unntak fra enkelte rettighetsbestemmelser. Dersom det besluttes å fastsette slike unntak vil dette frigjøre noe kapasitet ved at enkelte administrative eller prosessuelle ordninger oppheves. Dette vil også gi virksomhetene større frihet til å foreta hensiktsmessige omstillinger når det gjelder ansvars- og oppgavefordeling, og til å foreta helhetlige prioriteringer ved ytelse av helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester.

Det er nær sammenheng mellom virksomhetenes plikt til å yte eller sørge for helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester, og den enkelte pasient eller brukers rett til å motta slike tjenester. Adgang til å kunne fravike pasient- og brukerrettigheter vil ofte være en forutsetning for, eller en følge av, en beslutning om å fravike tjenesteplikter. Som eksempel kan det vises til at retten til barnekoordinator etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 c motsvares av en tilsvarende plikt for kommunen til å tilby dette etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.

Departementet legger til grunn at eventuelle unntak fra rettighetsbestemmelser ikke skal gå lenger enn det som er nødvendig for å oppnå de formålene som unntakene begrunnes med. Slik sett vil det også måtte vurderes om eventuelle unntak fra rettighetsbestemmelser skal begrenses til utvalgte pasient- eller brukergrupper, for eksempel at rett til å få (og plikt til å tilby) koordinator begrenses slik at retten ikke gjelder for voksne eller for grupper som vurderes å ha mindre behov for koordinator.

Ved vurderingen av om det skal gjøres unntak, må det også vurderes om formålet kan oppnås ved iverksetting av andre tiltak. Ved valg mellom flere mulige tiltak, må det velges tiltak som er minst mulig inngripende eller begrensende for pasient- og brukerrettigheter. Både adgangen til å fravike gjeldende lovfestede bestemmelser om drift, organisering og ansvarsforhold, og adgangen til å fravike gjeldende pliktbestemmelser i tjenestelovgivningen og pasient- og brukerrettigheter, må sees i sammenheng med krav om nødvendighet (jf. punkt 23.4.5) og forholdsmessighet (jf. punkt 23.4.9). Det må løpende vurderes hvilke tilpasninger og unntak som er nødvendige og forholdsmessige for å sikre at helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten får et tilstrekkelig handlingsrom til å håndtere den foreliggende situasjonen. Dersom det ikke lenger er behov for å gjøre unntak, må unntaket oppheves.

23.4.8 Adgang til å fravike enhver lov eller kun opplistede lover

23.4.8.1 *Gjeldende rett*

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd gir kun adgang til å fravike bestemmelser innenfor «gjeldende helse- og sosiallovgivning». Forarbeidene avklarer ikke nærmere hvordan dette rettsområdet skal avgrenses.

23.4.8.2 *Departementets vurderinger og forslag*

Som redegjort for i punkt 23.3, mener Koronakommisjonen at regjeringens særlige fullmakt etter smittevernloven § 7-12 har et uklart virkeområde. Det vises til at ordlyden i fullmaktsbestemmelsen er generelt formulert og at det ikke er konkrete begrensninger i hvilke lover som kan fravikes eller hva slags type regler som kan gis. I forlengelsen av dette uttales det om § 7-12 i NOU 2021: 6, punkt 23.4, blant annet:

«Holmøyvik omtaler hjemmelen i § 7-12 som en «blankofullmakt til å fråvike lover i fredstid» som ikke tilsvarer noen andre tilsvarende fullmaktshjemler i lovverket. Vi deler oppfatningen om at regjeringens fullmaktsbestemmelse er vid. Vi mener det er uheldig. En bestemmelse som gir regjeringen mulighet til å fastsette vidtgående tiltak med lovs rang, som kan fravike lov og hvor brudd på bestemmelser kan føre til straff, bør ha tydelige vilkår og rammer. Vi foreslår derfor en revisjon av fullmaktsbestemmelsen og at bestemmelsen får noe mer begrenset rekkevidde.

Smittevernloven § 7-12 kan begrenses for eksempel ved at bestemmelsen klart definerer hvilke lover eller rettsområder som kan fravikes og/eller ved at loven presiserer at visse hensyn eller formål skal vektlegges. Kommisjonen mener at det ved revisjon av fullmaktsbestemmelsen, kan være aktuelt å bruke elementer fra koronaloven som modell. Koronaloven definerte for eksempel hvilke lover som kunne fravikes i forskrift. Den presiserte også at midlertidige forskrifter ikke kunne fravike Grunnloven, begrense grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper eller innskrenke domstolskontrollen. Vi påpeker at

en ved revidering av § 7-12 må sikre at regjeringen kan ta raske beslutninger i tilfeller hvor det haster med tiltak. Ved en revisjon bør man derfor vurdere om det er grunn til å skille mellom langvarige tiltak og mer hastepregete tiltak med kort virketid. Behovet for parlamentarisk kontroll er større ved langvarige, omfattende og inngripende tiltak.»

Departementet legger til grunn at kommisjonens vurdering av smittevernloven § 7-12 langt på vei også må sies å gjelde for helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd.

Departementet har vurdert om det i ny lov § 7-1 bør fremgå generelt eller spesielt hvilke lover det kan derogeres fra. Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd gir adgang til å fravike «gjeldende helse- og sosiallovgivning», men lovens forarbeider angir som nevnt ikke noen nærmere avgrensning av dette rettsområdet. Til illustrasjon gir smittevernloven § 7-12 etter sin ordlyd adgang til å fravike enhver lov, mens koronaloven inneholdt en uttømmende opplisting av 62 lover som kunne fravikes.

Departementet er enig i Koronakommisjonens påpeking av at et klart avgrenset virkeområde kan redusere risikoen for at fullmakten blir brukt uten at det er nødvendig. En måte å begrense fullmakten på kan være at bestemmelsen klart definerer hvilke lover eller rettsområder som kan fravikes. Dette vil gi klarere rammer for hva fullmaktsbestemmelsen kan benyttes til, og det unngås tvil om hva som kan innfortolkes i mer overordnede begreper som «helse- og omsorgstjenestelovgivningen» eller «sosialtjenestelovgivningen».

Ved enhver alvorlig krise påhviler det regjeringen en generell plikt til å handle. Dette kan utledes av Grunnloven § 3 om at Kongen og regjeringen er landets utøvende myndighet, og det følger også forutsetningsvis av konstitusjonell nødrett og beredskapsloven ved at det åpnes for at regjeringen på strenge vilkår og i gitte situasjoner kan gi midlertidige forskrifter med lovs innhold. Adgang til derogasjon er et regulatorisk virkemiddel som skal gjøre det mulig for regjeringen å etterleve denne plikten i ekstraordinære krisesituasjoner. Det kan være en nødvendig fullmakt for å ivareta kritiske samfunnsfunksjoner eller andre tungtveiende samfunnsinteresser, men hvor det ikke er tid til å vente på utarbeidelse av lovproposisjon og Stortingets lovbehandling.

Grunnlovfestede maktfordelingsprinsipper og demokratihensyn forutsetter at fullmaktsbestemmelser som åpner for at regjeringen ved forskrift skal kunne fravike lov utformes så presist som mulig, slik at det ikke oppstår tvil om fullmaktens innhold eller rekkevidde. Også dette kan tale for at det i loven angis konkret hvilke lover som kan fravikes.

På den annen side, må regelverk som er utarbeidet for beredskapsformål ta høyde for at det er vanskelig å forutse neste krise og hvilke konsekvenser den får. Regelverket må derfor ha nødvendig fleksibilitet. En detaljert opplisting av aktuelle lover som er utarbeidet i forkant av en krise, vil innebære en risiko for at bestemmelsen ikke gir tilstrekkelig hjemmel til å håndtere uforutsigbare situasjoner. Selv om lovens øvrige fullmaktsbestemmelser i de aller fleste situasjoner vil gi tilstrekkelige virkemidler til å håndtere helseberedskapskriser, er det viktig at bestemmelsen ikke utformes på en måte som undergraver muligheten til å handle raskt når det er nødvendig.

Koronaloven tilpasset svært mange bestemmelser i ulike lover som følge av de tiltakene som ble iverksatt innledningsvis i covid-19-pandemien. Så lenge vi ikke kjenner egenskapene til den neste helsekrisen, eller i hvilken sammenheng denne vil oppstå, er det vanskelig å forutsi sikkert hvilket regelverk det vil kunne være nødvendig å fravike for å håndtere krisen på en effektiv og forsvarlig måte. Dette taler for at det i lov ikke fastsettes hvilke konkrete lover som skal kunne fravikes.

En opplisting av konkrete lover vil også medføre at lovteksten kan fremstå som uoversiktlig. Videre vil en slik opplisting nødvendigvis måtte omfatte lover som det vanskelig kan tenkes at det vil være konkret hjemmel til å gjøre inngrep i basert på nødvendighets- og forholdsmessighetsvurderinger, som eksempelvis abortloven. En opplisting kan derfor være egnet til feilaktig å gi inntrykk av at hjemmelen strekker seg lenger enn det som i praksis vil være mulig å begrunne.

Etter en helhetsvurdering foreslår derfor departementet ikke å lovfeste en liste over hvilke lover som det skal være adgang til å fravike med hjemmel i ny helseberedskapslov § 7-1. Departementet foreslår å videreføre dagens regulering, som åpner for å fravike bestemmelser i «gjeldende helse- og sosiallovgivning». Departementet foreslår imidlertid at dette i ny lov formuleres som «helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen», i tråd med den gjeldende språkbruken.

Selv om det ikke er ment som en uttømmende opplisting, mener departementet at dagens begrep «gjeldende helse- og sosiallovgivning», og begrepet «helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen» som foreslås i ny lov, i all hovedsak må forstås til å omfatte tjenester eller virksomhet som omfattes av følgende lover:

- Lov 3. juni 1977 nr. 57 om sterilisering (steriliseringsloven)
- Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)
- Lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven)
- Lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven)
- Lov 2. april 1993 nr. 38 om framstilling og bruk av genmodifiserte organismer m.m. (genteknologiloven)
- Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling [strålevernloven]
- Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)
- Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)
- Lov 21. februar 2003 nr. 12 om behandlingsbiobanker (behandlingsbiobankloven)
- Lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)
- Lov 19. desember 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven)

- Lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med brukerrom for inntak av narkotika (brukerromsloven)
- Lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven]
- Lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)
- Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)
- Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 20. juni 2014 nr. 40 om rituell omskjæring av gutter
- Lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)
- Lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)
- Lov 7. mai 2015 nr. 25 om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev (transplantasjonslova)
- Lov 7. mai 2015 nr. 26 om obduksjon og avgjeving av lik til undervisning og forskning (obduksjonslova)
- Lov 28. april 2017 nr. 23 om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)
- Lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- Lov 20. desember 2024 nr. 96 om abort (abortloven)

De konkrete vurderingene av nødvendighet og forholdsmessighet som må gjøres i en konkret krisesituasjon, kan innebære at det i praksis vanskelig kan tenkes å være aktuelt å gjøre inngrep i plikter eller rettigheter etter alle de opplistede lovene.

23.4.9 Krav om forholdsmessighet

23.4.9.1 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd presiserer ikke at de tiltakene som besluttet iverksatt med hjemmel i bestemmelsen skal være forholdsmessige. Kravet om at det må foreligge en situasjon som beskrevet i loven § 1-5 innebærer ikke et forholdsmessighetskrav.

23.4.9.2 Departementets vurderinger og forslag

Som redegjort for i punkt 16.4.2 og punkt 16.4.3, foreslår departementet i all hovedsak å videreføre dagens regulering i helseberedskapsloven § 6-2 i ny lov § 7-1, med tillegg av at anvendelse av fullmaktsbestemmelsen må være nødvendig for å oppfylle lovens formål. Dette innebærer for det første at tiltaket kun kan gjennomføres dersom det er egnet eller passer som middel til å oppnå det konkrete tiltakets formål. Det må vurderes som sannsynlig at formålet kan oppnås ved fravikelse av den eller de lovbestemmelsene som er aktuelle. Det innebærer videre at et alternativt tiltak må velges dersom det alternative tiltaket ivaretar formålet like godt og effektivt, men på en mindre inngripende måte. Dette handler om at tiltak ikke skal gå lenger enn det som er nødvendig i den konkrete

situasjonen. Når det gjelder valget om å fastsette forskrifter som fraviker lov i stedet for å velge andre virkemidler, skal andre virkemidler velges dersom de er egnet til å oppfylle samme formål på en måte som er i overensstemmelse med gjeldende regelverk.

Departementet foreslår også å presisere i ny lov § 7-2 at forskrifter fastsatt i medhold av bestemmelsen skal være forholdsmessige, og at blant annet hensynet til barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser skal vurderes og avveies.

Dette forholdsmessighetskravet går ut på at fordelene ved eller nytten av tiltaket må overstige de ulempene den enkelte vil oppleve på grunn av tiltaket. Dette kan omtales som et *rimelighetskrav* eller et *proporsjonalitetskrav*. Tiltakets innvirkning for de som rammes, må ikke stå i et misforhold med tiltakets formål, selv om tiltaket i og for seg er egnet og nødvendig. Det vil være relevant å både vurdere sannsynligheten for at målet med tiltaket blir realisert og å veie hensynene som gjør seg gjeldende opp mot hverandre. Inngrepets karakter og påvirkning på den enkelte vil stå sentralt i vurderingen. Det vil også være relevant å ta hensyn til eventuelle kompenserende tiltak for den som rammes.

Det må videre tas hensyn til den situasjonen som har foranlediget behovet for å anvende fullmaktsbestemmelsen. Betingelsene etter loven § 1-5 må være oppfylt for å kunne anvende fullmaktsbestemmelsen, og i tillegg er det i § 7-1 andre ledd angitt for hvilke formål det vil være adgang til å fravike lov. Dette innebærer at man befinner seg i en situasjon hvor fundamentale offentlige og private interesser er i spill. Dette må få viktig betydning for vurderingen av om det enkelte vedtak er forholdsmessig overfor den enkelte.

Forholdsmessighetsvilkår som absolutt skranke for fravikelse av lov som besluttet i medhold av fullmaktsbestemmelsen vil oppfylle menneskerettslige forpliktelser om forholdsmessighet ved eventuelle begrensninger i beskyttede rettigheter.

Forholdsmessighetskravet er fleksibelt i den forstand at terskelen for et tiltaks gyldighet vil variere med den konkrete situasjonen, arten av tiltaket og hvordan det påvirker de som rammes.

23.4.10 Samfunnsmessige konsekvenser og hensynet til barnets beste

23.4.10.1 Gjeldende rett

Hverken helseberedskapsloven §§ 1-1, 1-5 eller 6-2 sier uttrykkelig at hensynet til barn og samfunnsmessige konsekvenser skal vektlegges ved utforming og iverksetting av forskrifter som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.

23.4.10.2 Departementets vurderinger og forslag

Hensynet til barnets beste

For tiltak som berører barn, stiller Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1 krav om at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn. Barn har også rett til å bli hørt i spørsmål som angår dem, og det skal legges vekt på meningen deres. Dersom tiltak etter helseberedskapsloven berører barn, krever konvensjonen at stat eller kommunen

vurderer hva som vil være det beste for barnet eller gruppen barn. Hensynet til barns beste må avveies mot andre hensyn, som for eksempel konsekvenser av å ikke kunne iverksette de ønskede tiltakene.

Menneskerettighetene stiller også krav om at nasjonale myndigheter beskytter retten for enhver til livet, jf. EMK artikkel 2. I visse situasjoner medfører dette en positiv plikt for myndighetene til å iverksette beredskapstiltak for å beskytte personers liv og helse.

Departementet foreslår å presisere i ny lov § 7-2, i tillegg til et krav om at forskrifter fastsatt i medhold av loven § 7-1 skal være forholdsmessige, at blant annet hensynet til barnets beste skal vurderes og avveies. Strengt tatt er det lovteknisk overflødig å ta med en henvisning i helseberedskapsloven til et allerede grunnlovsfestet krav. Det kan også hevdes å at det er uheldig å fremheve kun ett av flere grunnlovsfestede hensyn og én gruppe av befolkningen fremfor andre grupper.

Departementet mener likevel at erfaringene fra pandemien og hensynet til å ivareta denne gruppen særskilt, taler for at det bør fremgå av helseberedskapsloven at kravet i Grunnloven § 104 om at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn også gjelder ved utforming og iverksetting av tiltak etter helseberedskapsloven. Hensynet til barns beste må anses som særlig viktig da denne gruppen har mindre anledning til å ivareta sine behov enn den voksne delen av befolkningen.

Departementet viser i den forbindelse også til Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring som er omtalt i høringsnotatet punkt 4.3.13. Komiteens innstilling, *Innst. 151 S (2024–2025) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren om en samlet gjennomgang av myndighetenes håndtering av koronapandemien*, ble avgitt 4. mars 2025. En samlet komite tilrådte Stortinget å gjøre blant annet følgende vedtak:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.»

Stortinget traff 29. april 2025 vedtak i samsvar med komiteens innstilling.

En lovfesting i helseberedskapsloven § 7-2 om at blant annet hensynet til barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser må vurderes og avveies ved iverksetting av helseberedskapstiltak, vil synliggjøre dette.

Hensynet til barnets beste skal ha stor vekt, men verken barnekonvensjonen eller ny helseberedskapslov § 7-2 vil stille krav om at hensynet til barns beste skal være det avgjørende hensynet i alle tilfeller, jf. også ovenfor i punkt 23.4.9 om forholdsmessighetskravet. Det betyr at andre hensyn kan veie tyngre. I noen tilfeller vil også hensynet til barns beste trekke i ulike retninger. Uansett er det viktig å få frem eventuelle interessekonflikter, og vise tydelig i vurderingen hvordan barnets beste er tatt hensyn til i vurderingen.

Nærmere om samfunnsmessige konsekvenser

Departementet foreslår videre å presisere i ny lov § 7-2 at blant annet hensynet til samfunnsmessige konsekvenser skal vurderes og avveies når det tas stilling til om det skal gis forskrift som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.

Iverksetting av helseberedskapstiltak, herunder fastsettelse av midlertidige forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker lov og forskrifter som fraviker tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter, vil berøre ulike befolkningsgrupper og ulike deler av samfunnet i ulik grad.

Kunnskap om hvilke konsekvenser slike tiltak har utover det rent helsefaglige vil ha betydning for hvordan reguleringen innrettes med hensyn til omfang, varighet og eventuelle unntak. Vurdering av samfunnsmessige konsekvenser i stort, og for de som berøres direkte, skal derfor inngå i beslutningsgrunnlaget ved anvendelse av fullmaktsbestemmelsen i loven § 7-1. Dette gjelder i den grad det foreligger slik kunnskap, og det er mulig å vurdere denne på den tiden som står til rådighet. Når det haster å få innført tiltak, gjerne i en situasjon med stor usikkerhet, stilles det mindre krav til dokumentasjon av vurderingene. Det er imidlertid viktig at vurderingene av samfunnsmessige konsekvenser og barnets beste blir helhetlige, står seg over tid og er basert på et godt kunnskapsgrunnlag.

«Holden-ekspertutvalget (covid-19)» var et norsk ekspertutvalg ledet av Steinar Holden, oppnevnt for å gi Norges regjering samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak under koronapandemien. Utvalget leverte åtte rapporter, med en avsluttende «Hovedrapport Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak» 6. april 2022.

Rapporten gir nyttig innsikt i hvordan de samlede samfunnsøkonomiske konsekvensene ble vurdert i pandemiens slutfase. Rapporten kapittel 4 omtaler blant annet pandemiens konsekvenser for den nasjonale økonomien, spesielt berørte næringer, serveringsvirksomhet, arbeidsmarkedet, utdanning, skole og læring og universiteter. Velferdstap og helsetap drøftes i kapitlene 7 og 8. I kapittel 12 om tiltakspakker gjengis blant annet en tiltaksbyrdetabell som gir en samlet oversikt over nytte og kostnad for tiltak på et gitt smittenivå. I rapportens hovedkonklusjoner fremheves på s. 10 at alle samfunnsmessige konsekvenser må med i beslutningene:

«Beslutninger om håndtering av koronapandemien bør ta hensyn til alle samfunnsmessige virkninger av pandemi og smitteverntiltak, både helsekonsekvenser, økonomiske konsekvenser og andre velferdskonsekvenser. I noen situasjoner vil ulike hensyn trekke i samme retning. Ved en alvorlig ny virusvariant, vil både helsemessige hensyn og andre samfunnsmessige hensyn tale for å slå ned smitten. I andre situasjoner vil ulike hensyn gå i motsatt retning. Med en mindre alvorlig virusvariant kan helsemessige hensyn tilsi omfattende smitteverntiltak, mens andre samfunnsmessige hensyn tilsier at man ikke skal bruke svært belastende smitteverntiltak.

Beslutninger om bruk av smitteverntiltak må bygge på brede vurderinger, som omfatter både helsemessige konsekvenser og konsekvenser for økonomi, velferd og andre samfunnshensyn. Det er viktig for kvalitet og legitimitet til beslutningene, og det vil også bidra til å bevare bred oppslutning i befolkningen om håndteringen av pandemien. I denne

rapporten har ekspertgruppen videreutviklet et rammeverk for analyser der ulike typer konsekvenser kan vurderes opp mot hverandre. Det kan bidra til et faglig grunnlag med sikte på at alle sentrale samfunnshensyn blir tillagt vekt ved beslutningene.»

Holden-utvalgets vurderinger vil langt på vei også være relevant ved vurdering av samfunnsmessige konsekvenser ved anvendelse av fullmaktsbestemmelsen i ny lov § 7-1.

23.4.11 Forholdet til Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser

23.4.11.1 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd henviser ikke til de begrensningene i adgangen til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, som følger av Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser. Det er likevel klart at Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser vil begrense derogasjonsadgangen. Grunnloven er *lex superior* og vil derfor alltid gjelde over lov, mens menneskerettsloven ved motstrid går foran annen lov etter lovens § 3.

23.4.11.2 Departementets vurderinger og forslag

Som redegjort for i kapittel 8 kan derogasjon med hjemmel i helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd bare skje innenfor de rammene og begrensningene som følger av Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser. Departementet vurderer her om det i lovforslagets derogasjonsregulering bør synliggjøres at disse begrensningene vil gjelde.

Grunnloven

En synliggjøring av at forskrifter fastsatt med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen bare skal kunne begrense rettigheter så langt dette er forenlig med Grunnloven, vil først og fremst understreke at maktfordelingsprinsippet ikke kan røres i større utstrekning enn det Stortinget allerede har tatt stilling til gjennom vedtakelsen av denne loven, og da bare under de forutsetningene og på de vilkårene som er gitt i loven. Derogasjonsbestemmelsen som her foreslås i ny lov § 11-1 vil uansett ikke gi hjemmel for eventuelle begrensninger i grunnlovfestede rettigheter ut over det som er gjeldende rett i dag. For eksempel vil legalitetsprinsippet i Grunnloven § 113, med sitt krav om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov, gjelde fullt ut også når det skal gis forskrifter i medhold av den foreslåtte loven. Slik sett vil lovfesting bare ha en pedagogisk funksjon ved at den minner om hvilken skranke Grunnloven utgjør. Som redegjort for i kapittel 4, har blant annet Koronakommisjonen og Koronautvalget påpekt at bevisstheten omkring enkelte Grunnlovs- og menneskerettighetsbestemmelser ikke var høy nok. Det ble også påpekt at en særskilt lovhenvisning vil underbygge at fullmaktsregulering som åpner for derogasjon skal være forbeholdt krisesituasjoner og anvendes innenfor strenge rammer.

På den annen side, er det et så grunnleggende trekk ved vårt rettssystem at Grunnloven ikke kan fravikes ved lov, at lovfesting av dette vil være unødvendig rettslig sett.

Lovgiver kan i lov hverken endre eller sette Grunnloven til side, og kan dermed heller ikke gi forvaltningen hjemmel til å fastsette forskrifter som begrenser Grunnloven. Det

kan derfor hevdes at slik lovfesting vil kunne svekke Grunnlovens autoritet ved at det skapes et inntrykk av at det er nødvendig å lovfeste trinnhøydeprinsippet for at det skal gjelde. Dette kan også føre til at tilsvarende rettslig unødvendige presiseringer tas inn i andre kriselover for å unngå motsetningsslutninger. Dette vil kunne være uheldig i en tid der lovverket stadig blir mer komplisert og omfattende.

Menneskerettsloven

De samme argumentene som det er redegjort for i vurderingen av Grunnloven, vil også gjelde for konvensjoner gjennomført med forrang gjennom menneskerettsloven. Forskrifter fastsatt med hjemmel i den foreslåtte derogasjonsbestemmelsen vil ikke kunne begrense rettigheter i konvensjoner som etter menneskerettsloven § 2 gjelder som norsk lov, utover det som er forenlig med konvensjonene selv. De konvensjonene som gjelder som norsk lov etter menneskerettsloven § 2, skal etter loven § 3 gå foran annen lovgivning ved motstrid. For øvrig har flere av de konvensjonene som listes opp i menneskerettsloven § 2 egne derogasjonshjemler som kan være oppfylt i en krisesituasjon, se for eksempel EMK artikkel 15 og også gjennomgangen i høringsnotatet punkt 8.2 og 8.3. Konvensjoner som er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven § 2, vil dermed alltid ha forrang foran forskrifter som eventuelt fastsettes med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen i smittevernloven. For øvrig følger det av Grunnloven § 92 at statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i menneskerettskonvensjoner som Norge er bundet av.

En lovfesting av at forskrifter fastsatt med hjemmel i helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelse bare skal kunne begrense rettigheter så langt dette er forenlig med menneskerettsloven, vil dermed også bare ha en pedagogisk funksjon ved at den minner om hvilken skranke menneskerettsloven utgjør. Når det gjelder argumenter for eller mot slik lovfesting, vises det til drøftelsen knyttet til Grunnloven over.

Norges folkerettslige forpliktelser

I motsetning til hva som gjelder for Grunnloven og menneskerettsloven, vil en lovfesting av at forskrifter fastsatt med hjemmel i helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelse bare skal kunne begrense rettigheter så langt dette er forenlig med Norges folkerettslige forpliktelser, kunne få realitetsbetydning ved anvendelse av fullmaktshjemmelen.

Så langt det er mulig, vil gjeldende norsk lovgivning bli tolket på en måte som er i samsvar med Norges folkerettslige forpliktelser på området («presumpsjonsprinsippet»). Det kan nå legges til grunn at dette gjelder uansett om forpliktelsene bygger på folkerettslig sedvanerett eller konvensjoner. I og med at norsk lov skal tolkes slik at den på best mulig måte samsvarer med Norges internasjonale forpliktelser, vil norske domstoler legge betydelig vekt på folkerettslige regler selv om de ikke er gjort til norsk lov. Dersom det skulle oppstå direkte motstrid mellom en norsk regel og en folkerettslig regel som ikke er inkorporert i norsk rett, vil imidlertid norsk lov som hovedregel gå foran, jf. Ot.prp. nr. 45 (2002-2003) Om lov om endring i menneskerettsloven mv.

(innarbeiding av barnekonvensjonen i norsk lov) punkt 4.1.1 og NOU 2019: 5 Ny forvaltningslov punkt 7.1.

Forholdet til EØS-avtalen bør vurderes ved vedtakelse av de enkelte forskriftene. Lovbestemmelser som tjener til å oppfylle Norges forpliktelser etter EØS-avtalen, skal etter EØS-loven ved konflikt gå foran andre bestemmelser som regulerer samme forhold, jf. loven § 2. Departementet forutsetter at forskrifter som gis i medhold av derogasjonsbestemmelsen i helseberedskapsloven, som det klare utgangspunktet holdes innenfor rammene av EØS-avtalen. EØS-avtalen inneholder en rekke bestemmelser som sikrer stor grad av reguleringsfrihet ved alvorlige utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer og alvorlige helsekriser. Det kan eksempelvis innføres tiltak som gjør unntak fra hovedreglene om fri bevegelse av varer, personer, tjenester og kapital, jf. blant annet EØS-avtalens hoveddel artiklene 13, 28, 33 og 39, og direktiv 2004/38/EF om unionsborgere og deres familiemedlemmers rett til å ferdes og oppholde seg fritt på medlemsstatenes territorium artikkel 29. EØS-avtalen har i artikkel 61 nr. 2 bokstav b en særregel om statsstøtte som gjelder ved slike «eksepsjonelle hendelser». Det er videre en rekke særregler i sekundærlovgivningen som kan komme til anvendelse. Wien-konvensjonene om diplomatisk samkvem mv., jf. høringsnotatet punkt 8.4, er også eksempel på en folkerettslig avtale som kan innebære begrensninger for adgangen til derogasjon.

Norge har omfattende og mangeartede folkerettslige forpliktelser. Selv om det er et klart utgangspunkt at folkerettslige forpliktelser skal etterleves, kan det ikke utelukkes at enkelte forpliktelser er av en slik art at de ikke alltid bør begrense statens handlingsrom i så alvorlige og påtrengende situasjoner som nødrettshjemplene er myntet på. Det vil vanskelig å overskue fullt ut konsekvensene av en slik formulering og departementet mener derfor det i lovforslaget ikke bør presiseres at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Norges folkerettslige forpliktelser».

Høringsinstansenes syn

Med henvisning til ovenstående ber departementet om høringsinstansenes syn på følgende alternative forslag:

1. I helseberedskapsloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».
2. Det presiseres i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men dette lovfestes ikke.

23.4.12 Domstolskontroll

23.4.12.1 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd omtaler ikke om det med hjemmel i bestemmelsen vil være adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning (derogasjon) og som innskrenker adgangen til å bringe spørsmål om vedtak truffet i medhold av forskriften inn for domstolene.

Retten for den enkelte til å få avgjort sin sak av en uavhengig og upartisk domstol innen rimelig tid er slått fast i Grunnloven § 95 første ledd første punktum. Andre punktum sier at rettergangen skal være rettferdig og offentlig. Disse kravene gjelder i utgangspunktet for både straffesaker og sivile saker. For straff følger det videre av Grunnloven § 96 første ledd at den må ilegges av en domstol. Underforstått innebærer dette tilgang til domstolsbehandling for straffesaker.

Retten til domstolsprøving og krav til domstolenes behandling følger også av menneskerettighetskonvensjoner Norge har tiltrådt. EMK artikkel 6 nr. 1 gir for eksempel rett til domstolsbehandling med tilhørende rettssikkerhetsgarantier for avgjørelse av sanksjoner som anses som straff i EMK-rettslig forstand (ordinær straff og enkelte forvaltningssanksjoner med straffepreg) og for avgjørelse av sivile krav som berører borgerlige rettigheter og plikter.

For andre sakstyper enn rene straffesaker er det anledning til begrensninger i retten til domstolsbehandling i krigs- og krisetilfeller. Både Grunnloven § 95 og EMK artikkel 6 gir rom for at det i slike situasjoner vil være rettmessig å innskrenke rettssikkerhetsgarantiene. Forutsetningen er at innskrenkningen er forholdsmessig, og at kjernen i retten til domstolsprøving ikke utfordres.

23.4.12.2 *Departementets vurderinger og forslag*

Tilgang til domstolskontroll er en viktig rettssikkerhetsgaranti. Dette gjelder ikke minst i saker om derogasjon hvor regjeringen beslutter å fravike lover vedtatt av Stortinget. Domstolene bør ha adgang til å føre effektiv kontroll med regelverk av lovs trinnhøyde som ikke er fastsatt av den lovgivende forsamling gjennom en ordinær lovprosess. Kjernen i retten til domstolsprøving skal derfor stå fast, selv når landet står overfor en alvorlig helsekrise.

Departementet har derfor vurdert om det vil være hensiktsmessig å presisere i lovforslaget at det ved anvendelse av fullmaktsbestemmelsen i ny lov § 7-1 ikke vil være adgang til å innskrenke ordinær domstolskontroll ved myndighetenes vedtak. Det kunne i så fall også vært presisert at i en slik sak skal retten kunne prøve både lovligheten av det vedtaket som er truffet og av den forskriften det er truffet i medhold av.

Departementet har imidlertid kommet til at det ikke vil være nødvendig med slik presisering i lovforslaget. Departementet mener at en eventuell innskrenkning i adgangen til å bringe spørsmål om vedtak truffet i medhold av forskriften inn for domstolene, ikke vil ligge innenfor det man kan gjøre ved forskrift fastsatt med hjemmel i § 7-1.

Departementet viser i den forbindelse til at adgangen etter § 7-1 første ledd til å fravike gjeldende lovgivning, er avgrenset til å gjelde «helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosiallovgivningen». Dette i motsetning til smittevernloven § 7-12 som åpner for fravikelse av enhver lov.

Departementet viser også til at det av forslaget til ny lov § 7-1 andre ledd fremgår at fravikelse av lov bare skje dersom dette er nødvendig for å ivareta befolkningens liv eller helse eller for å bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen. Det er vanskelig å se at innskrenkninger

i den ordinære domstolskontrollen av myndighetenes vedtak kan gjøres innenfor disse to formålene. Departementet viser også til presiseringen i lovens § 7-2 om at forskrifter fastsatt med hjemmel i loven § 7-1 skal være forholdsmessige. Det er vanskelig å se at forholdsmessighetskravet etter loven § 7-2 vil være oppfylt for eventuelle forslag som har til hensikt å gjøre innskrenkninger i adgangen til å bringe spørsmål om vedtak truffet i medhold av forskriften inn for domstolene.

Når det gjelder eventuell presisering av at domstolene skal kunne prøve både lovligheten av det vedtaket som er truffet og av den forskriften det er truffet i medhold av, legger departementet til grunn at dette uansett vil gjelde ved domstolsprøving av et forvaltningsvedtak og at det slik sett ikke vil være nødvendig å presisere dette særskilt i lov. Departementet foreslår imidlertid at det i § 7-4 presiseres at domstolene ved prøving av vedtak etter lovens kapittel 7, skal kunne prøve alle sider av saken.

23.4.13 Midlertidighet, meddelelsesplikt og forholdet til Stortinget

23.4.13.1 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd inneholder ingen tidsbegrensning for hvor lenge fravik av lov kan vare. Sammenholdt med loven § 1-5, fremgår det imidlertid at fravikelse av lov ved «kriser eller katastrofer i fredstid» skal fastsettes «for et begrenset tidsrom og maksimalt for 1 måned» av gangen.

I motsetning til smittevernloven § 7-12, via henvisningen til beredskapsloven §§ 3 og 4, inneholder bestemmelsen i § 6-2 andre ledd ingen meddelelsesplikt til Stortinget for å sikre at Stortinget blir informert om at regjeringen har brukt fullmaktsbestemmelsen. Stortinget vil imidlertid bli informert gjennom rutinemessig oversendelse av statsrådsprotokollene. Bestemmelsen inneholder heller ikke en plikt til å fremlegge ordinære lovforslag ved behov for langvarig bruk av fullmaktsbestemmelsen.

Ved ordinær parlamentarisk kontroll av regjeringens bruk av fullmaktslovgivning har imidlertid Stortinget en rekke effektive kontrollmekanismer. I tråd med de alminnelige konstitusjonelle og parlamentariske prinsippene om forholdet mellom statsmaktene vil Stortinget som lovgiver alltid stå fritt til å oppheve eller endre hjemmelsgrunnlaget, anmode regjeringen om å legge frem en sak for Stortinget eller på annen måte anmode regjeringen om bruk av fullmaktshjemmelen.

23.4.13.2 Departementets vurderinger og forslag

Midlertidighet

Det ligger i sakens natur at det vil være en midlertidig beslutning dersom det med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen fastsettes forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning.

Dette vil dels følge av den presisering som departementet foreslår inntatt i ny lov § 7-1 tredje ledd om at fullmaktsbestemmelsen bare kan anvendes dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling, jf. punkt 23.4.6. Dette vil dels også følge av kravet om nødvendighet og forholdsmessighet omtalt i punkt 23.4.5 og punkt 23.4.9. Dersom det

ikke lenger er nødvendig eller forholdsmessig å videreføre forskrifter fastsatt med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen, skal slike forskrifter endres eller oppheves. Som det vil fremgå nedenfor foreslår departementet også at det i lovforslaget inntas en presisering av at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende. Også dette vil innebære at forskriftene vil være midlertidige fordi det da vil gjelde et krav om at de skal legges frem som lovforslag så snart som mulig dersom de ikke er opphevet etter tre måneder og fordi de uansett vil falle bort ved oppløsningen av det første ordentlige Storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt. Departementet foreslår likevel av pedagogiske grunner å presisere i ny lov § 7-1 første ledd første og andre punktum at det kun kan fastsettes «midlertidige» forskrifter.

Forholdet til Stortinget – spørsmål om særskilt meddelelsesplikt mv.

Stortinget har en rekke effektive kontrollmekanismer ved ordinær parlamentarisk kontroll av regjeringens bruk av fullmaktslovgivning. Departementet har likevel vurdert om det i forslag til ny fullmaktsregulering i tillegg bør lovfestes regler om blant annet særskilt meddelelsesplikt til Stortinget ved anvendelse av den foreslåtte fullmaktsbestemmelsen i § 7-1.

Til sammenligning følger det av henvisningen i smittevernloven § 7-12 til beredskapslovens §§ 3 og 4, at forskrifter gitt med hjemmel i smittevernloven § 7-12 skal «snarest mulig meddeles Stortinget». Departementet vil understreke at smittevernloven § 7-12 er en fullmaktshjemmel basert på konstitusjonell nødrett (nødrettshjemmel). Det som kjennetegner nødrettshjemler, er at de gir regjeringen adgang til å tre inn i Stortingets sted som lovgiver, med den grunnleggende forutsetningen at fullmaktene bare gjelder så lenge nødrettsgrunnen består. Dette utgjør en prinsipiell forskjell, sammenlignet med helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd. Den bestemmelsen er en ordinær beredskapshjemmel, hvor meningen er at regjeringen skal kunne benytte fullmaktene selv om ordinær lovbehandling hadde vært mulig. Departementet understreker også at det ved en helsekrise hvor det vurderes som nødvendig å anvende fullmaktsbestemmelsen, vil regjeringen uansett måtte ha tett og løpende kontakt med Stortinget og sørge for at det er tilstrekkelig opplyst om situasjonen i sin helhet. Adgangen for et regjeringsmedlem til å be om å gi en muntlig redegjørelse for Stortinget, vil være ett av flere aktuelle virkemidler som det kan være naturlig å bruke i denne sammenheng. Dette kan tale mot å lovfeste en særskilt meddelelsesplikt til Stortinget ved anvendelse av helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd.

Som redegjort for i punkt 23.4.1 og 23.4.2, mener imidlertid departementet at derogasjonshjemmelen i helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd bør endres til en nødrettshjemmel hvor ordinær lovbehandling om mulig skal gjennomføres. Etter departementets syn taler de beste grunner for at bestemmelsen gjøres til en nødrettshjemmel etter samme modell som beredskapsloven §§ 3 og 4 og smittevernloven § 7-12. Som påpekt vil en slik innretning sikre Stortingets involvering når regjeringen har adgang til vid derogasjon. At beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende vil konkret innebære:

- Bestemmelser gitt med hjemmel lovforslaget skal «snarest mulig meddeles Stortinget», jf. beredskapsloven § 3 andre ledd første punktum
- I tilfeller hvor Stortinget ikke er enig i regjeringens bruk av fullmakten kan Stortinget oppheve bestemmelser med alminnelig flertallsvedtak, jf. beredskapsloven § 3 andre ledd tredje punktum
- Dersom bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de ble meddelt Stortinget skal de «snarest mulig legges fram som lovforslag», jf. beredskapsloven § 3 tredje ledd.
- Bestemmelsene faller uansett bort ved oppløsning av første ordentlige Storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt, jf. beredskapsloven § 4 andre ledd.
- Stortinget skal øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis, jf. beredskapsloven § 3 andre ledd andre punktum

Spørsmål om skriftlig begrunnelse

Departementet har også vurdert om det bør lovfestes at meddelelsen til Stortinget skal inneholde regjeringens skriftlige begrunnelse for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen.

Det naturlige utgangspunktet vil være at denne type meddelelser til Stortinget er skriftlige. Departementet finner det ikke nødvendig å lovfeste dette. Dette vil samtidig åpne for at kan være tilstrekkelig med muntlig meddelelse i særlige unntakssituasjoner hvor det ikke er mulig å gi meddelelse skriftlig.

Når kompetanse til å anvende bestemmelsen er lagt til Kongen i statsråd, vil departementet måtte utforme en kongelig resolusjon hvor det redegjøres for behovet for å anvende fullmaktsbestemmelsen i den aktuelle situasjonen. Den kongelige resolusjonen vil også måtte inneholde den helsefaglige og rettslige begrunnelsen for vedtaket, samt vurderinger av den nærmere innretning og avgrensning av vedtaket og hvorfor vedtaket vurderes nødvendig og forholdsmessig. Dette betyr også at det må redegjøres for hvilken lovgivning det vurderes nødvendig å fravike ved forskrift (derogasjon). Det vil også måtte redegjøres for hvorfor mindre inngripende tiltak vurderes som utilstrekkelige.

Departementet antar at slik kongelig resolusjon vil kunne være utgangspunkt for meddelelsen til Stortinget, enten alene eller supplert med ytterligere dokumentasjon fra departementet selv eller i form av underlagsdokumentasjon fra underliggende etater og andre som har ligget til grunn for departementets vurderinger og tilråding. Departementet vil imidlertid påpeke at kravene til begrunnelsen vil kunne påvirkes blant annet av den tiden som står til rådighet og den graden av usikkerhet som foreligger. I gitte situasjoner kan det også være hensiktsmessig med en kombinasjon av skriftlig og muntlig redegjørelse overfor Stortinget, blant annet ved at et regjeringsmedlem kan be om å få gi en muntlig redegjørelse for Stortinget. Departementet mener derfor det ikke vil være hensiktsmessig å lovfeste at meddelelsen til Stortinget skal inneholde regjeringens skriftlige begrunnelse for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen eller at det i lov stilles spesifikke krav til begrunnelsens innhold. Dette vil åpne for at meddelelsens form og innhold kan tilpasses den konkrete situasjonen og den tiden man har til rådighet.

Tidsbegrensning - varighet

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd inneholder ingen tidsbegrensning for hvor lenge fravik av lov kan vare. Ved henvisningen til loven § 1-5 følger det imidlertid at fravikelse av lov ved «kriser eller katastrofer i fredstid» skal fastsettes «for et begrenset tidsrom og maksimalt for 1 måned» av gangen.

Departementet har vurdert om det likevel uttrykkelig bør lovfestes en grense for hvor lenge et vedtak om anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kan gjelde.

Departementet understreker at kravene til nødvendighet og forholdsmessighet i seg selv vil innebære at forskrifter vil ha begrenset varighet. Samtidig vil en eksplisitt fastsatt tidsbegrensning ytterligere kunne understøtte at tiltakene ikke videreføres lenger enn det som er nødvendig, samtidig som vissheten om at tiltakene har begrenset varighet vil gi befolkningen trygghet for at tiltakene vil bli jevnlig vurdert. Det kan også bidra til å sikre at behovet for de aktuelle tiltakene vurderes på nytt i lys av blant annet endringer i situasjonen, alternative løsninger og de funksjoner tiltakene har hatt.

En uttrykkelig fastsatt tidsbegrensning kan også bidra til at tiltak som mangler klar lovhjemmel, raskere blir fremmet for Stortinget som et lovforslag om midlertidig eller permanent hjemmel for tiltaket. Mer overordnet kan det også vises til at anvendelse av fullmaktsbestemmelsen for å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning bare skal kunne benyttes i ekstraordinære krisesituasjoner. Dette kan tale for at det bør gjelde en grense for hvor lenge et vedtak kan gjelde.

Departementet har imidlertid kommet til at det ikke vil være nødvendig å lovfeste en grense for hvor lenge et vedtak om anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kan gjelde. Som nevnt vil kravene til nødvendighet og forholdsmessighet i seg selv innebærer at forskrifter må oppheves dersom disse vilkårene ikke er oppfylt. Forskriftene vil derfor uansett ha begrenset varighet.

Videre viser departementet til beredskapslovens krav om at slike forskrifter snarest mulig skal legges frem som lovforslag dersom de ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget. Som følge av dette, mener departementets at det ikke er særlig stor realitetsbetydning om proposisjonen må legges frem så snart som mulig etter 30 dager, eller etter for eksempel 1 – 3 måneder som kunne fremstå som aktuell tidsbegrensning for denne type bestemmelser.

Departementet viser også til at i tråd med de alminnelige konstitusjonelle og parlamentariske prinsippene om forholdet mellom statsmaktene, vil Stortinget som lovgiver alltid stå fritt til å oppheve eller endre hjemmelsgrunnlaget for de forskriftene regjeringen har gitt med hjemmel i en fullmaktshjemmel. Dette er også lovfestet i beredskapsloven § 4 andre ledd tredje punktum. Departementet foreslår at det i ny § 7-1 presiseres at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende.

Departementet foreslår på denne bakgrunn ikke å lovfeste en konkret grense for hvor lenge vedtak om anvendelse av fullmaktsbestemmelsen for å fravike gjeldende lovgivning kan gjelde.

For ordens skyld, viser departementet til at det i høringsnotatets kapittel 16 om vilkår for anvendelse av lovens fullmaktsbestemmelser også foreslås å endre dagens § 1-5 slik at beslutning om å anvende lovens fullmaktsbestemmelser ved kriser og katastrofer i fredstid kan gis anvendelse for inntil tre måneder. Denne særreguleringen av lengden på den perioden fullmaktsbestemmelsene kan anvendes uten ny beslutning av Kongen i statsråd, gjelder imidlertid ikke ved anvendelse av loven § 7-1 om fravikelse av lov, jf. at det i forslag til ny § 1-5 andre ledd ikke henvises til loven § 7-1. Dette vil dermed primært reguleres gjennom henvisningen til beredskapsloven §§ 3 og 4, som foreslås inntatt i fjerde ledd i § 7-1.

Koronakommisjonen uttaler i NOU 2021: 6, punkt 23.4, at det er uheldig at fullmakten i smittevernloven § 7-12 er så vid, og at en så vidtgående fullmakt bør ha tydelige vilkår og rammer. Samtidig påpeker kommisjonen at revisjon av § 7-12 må sikre at regjeringen kan ta raske beslutninger i tilfeller hvor det haster med tiltak. Departementet legger til grunn at kommisjonens vurdering langt på vei vil gjelde overfor helseberedskapsloven § 6-2. Kommisjonen uttaler blant annet:

«Ved en revisjon bør man derfor vurdere om det er grunn til å skille mellom langvarige tiltak og mer hastepregete tiltak med kort virketid. Behovet for parlamentarisk kontroll er større ved langvarige, omfattende og inngripende tiltak.»

Departementet mener at det i praksis vil være krevende å skille mellom hvor lenge tiltak i nå ukjente situasjoner må forventes å vare. Fullmaktsbestemmelsen er nettopp ment å fange opp tilfeller som det i fremtiden viser seg at ikke er (hensiktsmessig) regulert når en konkret helsekrise oppstår. På vedtakstidspunktet vil det heller ikke nødvendigvis være klart om behovet for å kunne fravike lov vil være kort- eller langvarig. Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste et slikt skille, men viser til de materielle og prosessuelle vilkårene som må være oppfylt for å kunne anvende fullmaktsbestemmelsen.

Ikrafttredelse

Departementet anser det ikke hensiktsmessig å fastsette at forskrifter gitt med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen skal tre i kraft først når forskriften er meddelt Stortinget. Det vil kunne være behov for at forskriften trer i kraft på et tidligere tidspunkt, blant annet dersom meddelelsen til Stortinget skulle bli vanskeliggjort. Departementet foreslår derfor at forskrifter gitt med hjemmel i forslag til ny lov § 7-1 skal tre i kraft straks eller fra det tidspunktet Kongen i statsråd bestemmer. Dette vil følge av den generelle presiseringen av at beredskapsloven §§ 3 og 4 (inkludert første ledd andre punktum) skal gjelde tilsvarende. Departementet mener derfor det ikke er nødvendig å presisere dette særskilt gjennom en egen bestemmelse i lovforslaget.

Spørsmål om særlige mindretallsrettigheter

Særskilte regler om mindretallsrettigheter ved regjeringens anvendelse av fullmaktsbestemmelser, ble foreslått av Beredskapshjemmelsutvalget i NOU 2019: 13. Det var også en del av den nå opphevede koronalovent hvor det i § 5 fremgikk at en tredjedel

av Stortingets medlemmer kunne «pålegge» Kongen å oppheve forskriften helt eller delvis.

Ingen gjeldende beredskapslover bygger på en slik modell. Heller ikke i de nye bestemmelser i sivilbeskyttelsesloven om sivil arbeidskraftberedskap er det vedtatt en slik modell, jf. Prop. 11 L (2024–2025). Etter departementets syn taler hensynet til krisehåndtering og behovet for klare ansvarslinjer i en nasjonal helsekrise mot at et mindretall på Stortinget bør kunne oppheve forskriftene. Det fremstår ikke som rimelig eller beredskapsmessig forsvarlig om et mindretall på Stortinget skal kunne oppheve forskriftene og på den måten hindre eller forsinke et eller flere tiltak som et flertall mener det er nødvendig og forholdsmessig å få gjennomført.

Stortinget har andre egnede virkemidler, i tråd med alminnelig ansvarsfordeling mellom Stortinget og regjeringen. Parlamentarisk kontroll bør føres gjennom Stortingets mulighet til å oppheve og endre hjemmelsloven, eller anmode regjeringen om bruk av fullmaktene. Som andre vedtak fra Stortinget, krever dette alminnelig flertall. Det vil være ekstra uheldig om et mindretall skal kunne oppheve vedtatte forskrifter samtidig som et flertall kan anmode regjeringen om å benytte sin kompetanse til å fatte nye likelydende vedtak, eller kan vedta regler med samme innhold i lovs form.

Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste særskilte mindretallsrettigheter ved vedtak om anvendelse av fullmaktsbestemmelsen i ny helseberedskapslov til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning.

23.4.14 Spørsmål om lovfesting av krav om høring forut for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen

23.4.14.1 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd lovfester ikke et krav om høring forut for fastsettelse av forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning. Forvaltningsloven § 37 andre og fjerde ledd bestemmer at forskrifter som hovedregel skal sendes på høring, jf. § 95 første og tredje ledd i ny forvaltningslov (ikke i kraft) som i all hovedsak viderefører gjeldende rett. Høring kan unnlates dersom det «ikke vil være praktisk gjennomførlig», det kan «vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet» eller «må anses åpenbart unødvendig».

23.4.14.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet legger til grunn at høring av lov- og forskriftsforslag skal gjennomføres, med mindre det er svært gode grunner for å unnlate det. Departementet mener at forvaltningslovens regler om forberedelse av forskrifter bør gjelde uendret også i en helsekrise hvor det vurderes å fastsette ordinære forskrifter med hjemmel i helseberedskapsloven. Det vises til at forvaltningsloven § 37 oppstiller krav til forvaltningen som må vurderes konkret. Uavhengig av om beslutning om prosess tas i en helsekrise eller ikke, vil det avgjørende for om høring kan unnlates være en konkret vurdering av om det «ikke vil være praktisk gjennomførlig», «kan vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet» eller «må anses åpenbart unødvendig».

Departementet har vurdert om det ved anvendelse av den nye fullmaktsbestemmelsen som foreslås inntatt som § 7-1 i ny lov, likevel skal lovfestes særskilte regler om høring i disse situasjonene eller om man også her skal anvende forvaltningslovens generelle regler, jf. loven § 37.

Koronakommisjonen i NOU 2021: 6 har drøftet spørsmålet i punkt 23.4, hvor det blant annet uttales:

«Kommisjonen mener at høring som en klar hovedregel skal gjennomføres også ved bruk av en derogasjonshjemmel som smittevernloven § 7-12. I forbindelse med en revisjon av smittevernloven § 7-12 mener vi derfor dette bør presiseres. Høring er spesielt viktig ved inngripende tiltak og i tilfeller hvor myndighetene har kompetanse til å sette til side gjeldende lover og regler.»

Departementet viser også til redegjørelsen for Kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling etter koronahøringen som er omtalt i høringsnotatets punkt 4.3.13. Som det fremgår mener komiteen at myndighetene også under kriser bør følge grunnleggende saksbehandlingsregler så langt det er mulig. I situasjoner hvor det ikke er tid til ordinære høringer bør det etter komiteens oppfatning etableres rutiner for å innhente synspunkter fra berørte aktører og sektorer. Komiteen viser også til at dersom man ikke rekker høring før et vedtak fattes, kan man bruke etterhøringer.

Tungtveiende demokrati- og åpenhetshensyn taler for at det gjennomføres høringer også ved derogasjon. Forvaltningslovens hovedregel er at høringer skal gjennomføres. Departementet viser imidlertid til at helseberedskapsloven § 6-2 gir hjemmel til å beslutte tiltak dersom dette er nødvendig for å ivareta befolkningens liv og helse eller bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen, og bare dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling. Det er med andre ord snakk om situasjoner hvor det er avgjørende å få satt i verk tiltak raskt. Bestemmelsen gjelder altså bare i hastesituasjoner. Dersom man er i en slik situasjon at det vurderes nødvendig å bruke hastekompetanse etter bestemmelsen, vil det ofte ikke være mulig å gjennomføre en normal høring, og kanskje ingen høring i det hele tatt. Konsekvensene av å ikke sette i verk tiltakene kan være så store at man ikke kan vente. Endring og justering av tiltakene må derfor i slike situasjoner ofte skje i etterkant på bakgrunn av den kunnskapen man får om situasjonen og konsekvensene for de som berøres av tiltakene. Forvaltningsloven § 37 fjerde ledd tar også høyde for dette ved at høring av forskrifter ikke er nødvendig hvis det «ikke vil være praktisk gjennomførilig» eller hvis høring «kan vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet».

Dersom helseberedskapslovens regler om derogasjon likevel skulle vise til en hovedregel om høring, for eksempel i form av en presisering av at «høring skal gjennomføres i den grad det er mulig», ville dette synliggjøre viktigheten av høring. En slik eventuell bestemmelse om høring vil imidlertid uansett måtte åpne for unntak i de situasjonene hvor det rent faktisk ikke vil være tid til å gjennomføre høring eller hvor høring vil vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet. Den fleksibiliteten som dette fordrer følger allerede i dag av forvaltningsloven § 37. En

særregulering av dette i fullmaktsbestemmelsen vil slik sett fremstå som dobbeltregulering.

Etter en helhetsvurdering foreslår derfor departementet at også spørsmål om høring forut for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen bør reguleres av forvaltningsloven, og at det utover dette ikke vil være hensiktsmessig med særskilt lovfesting av at høring som hovedregel skal gjennomføres forut for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen.

Departementet understreker imidlertid at hovedregelen etter forvaltningsloven § 37 er at det også i disse situasjonene skal gjennomføres høring med mindre noen av bestemmelsens unntak kommer til anvendelse. Departementet har merket seg kontroll- og konstitusjonskomiteens påpeking av at der hvor det ikke er tid til å gjennomføre ordinære høringer, bør det etableres rutiner for å innhente synspunkter fra berørte aktører og sektorer og at man i slike situasjoner også kan vurdere å gjennomføre etterhøringer. Departementet vil også påpeke at behov for rask saksbehandling ikke nødvendigvis vil være til hinder for høring dersom høringen kan gjennomføres i et møte eller dersom fristen for skriftlige høringer forkortes.

24 Informasjonsplikt for massemedier

24.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet:

- Å lovfeste hjemmel for at myndighetene kan pålegge innenlandsk massemedium og samferdselsaktører å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av den, dersom dette er nødvendig for å gi befolkningen informasjon av betydning for å håndtere en helseberedskapshendelse
- Å presisere at pålegget kan stille krav til plassering, hyppighet og i hvilket tidsrom den skal vises. Informasjonen skal merkes med avsender.

24.2 Innledning

Helseberedskapsloven inneholder i dag ikke bestemmelser som åpner for at myndighetene kan pålegge innenlandsk massemedium eller andre virksomheter å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av den, dersom dette er nødvendig for å gi informasjon om en pågående beredskapshendelse. I dette kapittelet vurderer departementet om det bør foreslås en bestemmelse som tilsvarer hjemmelen i den gjeldende smittevernloven § 4-8.

24.3 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven inneholder ikke bestemmelser som åpner for at myndighetene kan pålegge virksomheter å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av befolkningen. Formidling av slike meldinger forutsetter derfor frivillighet eller nærmere avtale.

24.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet viser til vårt høringsnotat av i dag hvor det i punkt 21.9 foreslås å videreføre og justere gjeldende smittevernlov § 4-8, som åpner for at myndighetene kan pålegge massemediene å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av befolkningen. Departementets vurderinger og forslag i dette kapittelet er langt på vei likelydende med vurderingene og forslagene i høringsnotat om ny smittevernlov.

Alvorligheten i en fremtidig helseberedskapssituasjon kan gjøre det helt nødvendig å raskt formidle konkret informasjon og råd direkte til befolkningen for å verne om helse og redde liv. Massemediene er en svært viktig kanal for å formidle informasjon fra myndighetene til befolkningen i kriser. I en krisesituasjon vil en stor andel av befolkningen oppsøke informasjon i tradisjonelle medier. Samtidig er mediebruken i endring og mange får store deler av sin informasjon gjennom andre medier. Dette gjelder særlig for yngre aldersgrupper og språklige og kulturelle minoriteter, hvor eksempler på viktige informasjonskanaler er nisjemedier med minoritetsgrupper som målgruppe, sosiale medier og utendørs reklame.

Under pandemien og andre kriser de siste årene har tradisjonelle medier og store nettaktører fått informasjon fra helsemyndighetene gjennom pressekonferanser, nettsider og direkte kontakt, og i betydelig grad bidratt til å holde befolkningen oppdatert med både egenproduserte saker og annonser fra myndighetene. Erfaringen er at myndighetene kom ut med sitt budskap i de mediene som traff befolkningen. I sosiale medier og på egne hjemmesider kan myndighetene også selv styre sitt innhold.

Departementet er usikker på om det med dagens mangfoldige mediesituasjon og gode muligheter for å betale for eksponering i annonseflater, er nødvendig å innføre en hjemmel til å pålegge et massemedium å publisere bestemte meldinger. Departementet mener det er lite sannsynlig at medier i en fremtidig alvorlig helseberedskapssituasjon vil unnlate å ta inn meldinger fra myndighetene til befolkningen, men det kan likevel være behov for å gi pålegg når det er viktig å gi informasjon raskt og med det innholdet myndighetene vil formidle. Departementet foreslår derfor at det i forslaget til ny helseberedskapslov også inntas en sikkerhetsventil i ny lov § 8-6 som åpner for at myndighetene kan pålegge massemediene å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av befolkningen. Det foreslås at en forutsetning for å anvende bestemmelsen skal være at betingelsene etter loven § 1-5 er oppfylt, det vil si at det foreligger krig, krise eller katastrofe.

Departementet mener at det i enkelte situasjoner kan være nødvendig å kunne gi pålegg om bestemt plassering, varighet, eksponeringstid eller andre effektivitetsmål for meldingene. I en situasjon hvor mediet ikke er villig til å prioritere meldingen eller gi den nødvendig eksponering, kan det være behov for å kunne gi pålegg om slike forhold for at formidlingen ikke blir forsinket. Det kan også være behov for å unngå feilsitering eller annen forvansking. Departementet foreslår derfor å presisere i ny lov § 8-6 at myndighetene også kan gi pålegg om plassering av informasjon, hvor hyppig den skal vises og i hvilket tidsrom den skal vises.

Departementet foreslår videre å presisere i lovbestemmelsen at pålegget må gjelde informasjon til befolkningen av betydning for å håndtere helseberedskapshendelsen. Dette kan for eksempel være informasjon om hendelsen, hvem man kan kontakte for mer informasjon, hvilke konsekvenser hendelsen får for befolkningen, eventuelle omlegginger av tjenesten og endringer i ansvars-, oppgave- og ressursfordeling, behov for rekvisisjon og hvilken betydning hendelsen får for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenestens evne og kapasitet til å tilby tjenester i tråd med lovfestede plikter og rettigheter.

Departementet legger til grunn at bestemmelsen ikke vil gi myndighetene hjemmel til å styre redaksjonelt innhold i massemediene. En slik praksis vil være i strid med medienes frie og selvstendige rolle, og vil kunne bidra til å svekke befolkningens tillit til helsemyndighetene. Det er viktig at det kommer tydelig frem at informasjonen gis av og på oppdrag fra myndighetene, i form av annonse eller andre former for formidling som tydeliggjør at det ikke er tale om redaksjonelt innhold. Departementet foreslår derfor å presisere i loven at pålegget skal gjelde informasjon som er tydelig merket med avsender.

Begrepet «innenlandsk massemedium» kan være vanskelig å avgrense i dagens medievirkelighet. Det omfatter ifølge Store norske leksikon «teknologiske

meddelelsesmidler som gjør det mulig å nå et stort og sammensatt publikum på kort tid innenfor et geografisk vidt område». Dette er beskrivende for presse, radio og fjernsyn, men også for blant annet sosiale medier og tidsskrifter. Departementet mener at det ikke vil være hensiktsmessig eller praktisk viktig å avgrense nærmere hvilke virksomheter som kan tenkes omfattet av bestemmelsen. I en krisesituasjon må behovet for formidling og de mest aktuelle formidlingskanalene for effektivt å kunne nå befolkningen, vurderes konkret. Dette kan innebære at kun enkelte medievirksomheter pålegges å formidle informasjon fra myndighetene.

Departementet foreslår ikke at bestemmelsen skal omfatte nettaktører og formidlere av utendørs reklame, og legger til grunn at myndighetene ved behov vil kunne avtale formidling av informasjon også i slike kanaler mot vederlag.

Departementet foreslår at hjemmelen til å pålegge massemedier å formidle meldinger til befolkningen skal ligge til departementet, med mulighet til å kunne delegerer myndigheten til Helsedirektoratet eller annet underliggende organ, ettersom dette er tiltak mot et begrenset antall virksomheter mot vederlag som må gjennomføres raskt og som forutsetter direkte kontakt om budskap og formidlingsmåte.

Departementet foreslår at bestemmelsen også skal hjemle pålegg til virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport om å gi meldinger og annen informasjon til befolkningen, inkludert pålegg om plassering av informasjon, hvor hyppig den skal vises og i hvilket tidsrom den skal vises. Dette omfatter Statens vegvesen, Avinor, lufthavner, flyselskaper, havner, rederier, jernbanestasjoner, bussterminaler, togselskaper, busselskaper, taxiselskaper og andre virksomheter som tilbyr samferdsel. Bakgrunnen for anbefalingen er erfaring under ebolautbruddet i 2014 og covid-19-pandemien med at det kunne være vanskelig å få forståelse for at informasjon fra myndighetene skulle være godt synlig for alle reisende over lengre tid. Departementet ser behov for en sikkerhetsventil for de tilfellene hvor anmodninger ikke etterkommes.

Massemedium som har formidlet en melding etter bestemmelsen, skal ha krav på vederlag. Departementet foreslår imidlertid ikke at det skal ytes vederlag for informasjon som samferdselsaktører pålegges å gi etter bestemmelsen. Dette begrunnes med at pålegget ikke på samme måte som for massemedier vil fortrenge annet inntektsbringende innhold.

En eventuell utsettende virkning av en klage ville være uforenlig med behovet for raskt å gi meldinger til befolkningen i krisesituasjoner. Departementet foreslår derfor å lovfeste at en klage ikke kan ha utsettende virkning for iverksettelse av vedtaket.

25 Vurdering av behov for endringer av helsepersonellovens medhjelperbestemmelse

25.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet vurderer departementet om det er behov for endringer i helsepersonelloven § 5 om helsepersonells bruk av medhjelpere. Departementet mener at dagens regulering er hensiktsmessig, også ved helsekriser, og foreslår derfor ikke endringer i bestemmelsen.

25.2 Innledning

På bakgrunn av omtale i Koronakommisjonens rapport NOU 2001: 6, Helseberedskapsmeldingen og Stortingets innstilling til denne, har departementet funnet grunn til å vurdere om det er behov for endringer i helsepersonelloven § 5. Sentralt i denne vurderingen er hvorvidt dagens regulering hindrer bruk av medhjelpere i helsekriser hvor det kan være behov for mobilisering av ekstrapersonell.

25.3 Gjeldende rett

Helsepersonelloven § 5 lyder:

«§ 5 Bruk av medhjelpere

Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.

Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring.»

Helsepersonelloven § 5 gir helsepersonell adgang til å overlate bestemte oppgaver til annet personell – medhjelpere - så lenge det er forsvarlig. Helsepersonell kan overlate oppgaver både til personell med lavere eller annen helsefaglig kompetanse enn seg selv og til personell uten helsefaglig utdanning.

Bestemmelsen har først og fremst betydning når et helsepersonell har behov for å overlate oppgaver til annet personell utenfor rammen av vedkommendes stillingsbeskrivelse eller den ordinære arbeidsfordelingen i virksomheten, for eksempel når en lege har behov for å overlate en av sine oppgaver til en sykepleier. Adgangen til å benytte medhjelpere gjelder imidlertid uavhengig av organisatoriske grenser. I enkelttilfeller kan helsepersonell overlate oppgaver til personer som ikke er underlagt samme arbeidsgiver som helsepersonellet selv. Helsepersonell på utrykning kan for eksempel bruke personer på et ulykkessted som medhjelpere, mens helsepersonell i en krise eller krigssituasjon vil kunne bruke soldater eller frivillige som medhjelpere.

Bestemmelsen forutsetter at helsepersonell bare overlater en oppgave til annet personell når dette er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølgingen som gis. Det må sikres at medhjelperen har de nødvendige kvalifikasjonene

for å utføre oppgavene han/hun får overlatt til seg på en faglig forsvarlig og adekvat måte. Nødvendig opplæring må gis.

Kravet til forsvarlighet må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 4, som stiller et gjennomgående krav til forsvarlighet ved helsepersonells utførelse av arbeid. Etter helsepersonelloven § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Krav til forsvarlighet innebærer blant annet at helsepersonellet må respektere begrensninger i egen kompetanse. Med helsepersonell menes ikke bare personell med autorisasjon eller lisens som helsepersonell, men også alt personell i helse- og omsorgstjenesten som utfører helsehjelp, samt elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp, jf. definisjonen i helsepersonelloven § 3.

Som medhjelper utfører man på bakgrunn av opplæring, veiledning og tilsyn fra det delegerende helsepersonellet, oppgaver som man uten slik opplæring, veiledning og tilsyn ikke ville hatt kompetanse til å utføre alene på en forsvarlig måte.

Medhjelpere er underlagt det delegerende helsepersonellets kontroll og tilsyn. Helsepersonellet må vurdere hvilken oppfølging som er nødvendig og hvilke instruksjoner som må gis underveis for at arbeidet skal bli forsvarlig utført. Det vil ikke være tilstrekkelig med kontroll og tilsyn som kun eksisterer "på papiret". Graden av kontroll og tilsyn vil måtte sees i sammenheng med en konkret vurdering av hvilken kompetanse den enkelte medhjelper har. Ved bruk av medhjelper kan man delegere oppgaver, men ikke det overordnede ansvaret. Den som delegerer oppgaver vil som hovedregel stå ansvarlig for det medhjelperen gjør i kraft av delegeringen.

Medhjelpere kan ikke overlate sine delegerte arbeidsoppgaver til andre. Bakgrunnen for dette er at helsepersonellet som delegerer oppgaven skal ha kontroll på hvem som utfører arbeidsoppgaven. Av samme grunn kan ikke helsepersonell delegere sine oppgaver til en generell gruppe av personell.

Imidlertid kan en arbeidsgiver etablere rutiner for hvordan ulike oppgaver skal utføres i en virksomhet, herunder tildele bestemte typer oppgaver til grupper av personell.

Helsepersonelloven § 5 er ikke til hinder for dette. Bestemmelsen er heller ikke til hinder for at arbeidsgiver ansetter eller inngår avtale med ekstrapersonell, for eksempel i en krisesituasjon. Disse vil ikke nødvendigvis bli helsepersonells medhjelpere i henhold til helsepersonelloven § 5. I slike situasjoner vil det primært være forsvarlighetskravet som setter skranker for hvordan ulike oppgaver kan utføres i en virksomhet/ i helse- og omsorgstjenesten, og hvem som kan utføre dem. I tillegg til at helsepersonelloven § 4 stiller krav til forsvarlighet ved helsepersonells utførelse av arbeid, stiller tjenestelovgivningen krav om at det skal tilbys forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at tjenestene skal tilrettelegge for at personellet blir i stand til å overholde sine plikter, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

25.4 Omtale i Koronakommisjonens rapport mv.

Koronakommisjonen uttalte følgende om bruk av medhjelpere i NOU 2021: 6, side 92 til 93:

«Norge har en autorisasjonsordning for helsepersonell. Autorisasjonsordningen skal sikre tilstrekkelig kvalitet og skape forutsigbarhet om hvilken kompetanse personell i helse- og omsorgstjenesten har. Noen oppgaver er forbeholdt personer med nærmere angitt autorisasjon. Men det er også mange oppgaver i helse- og omsorgstjenesten som ikke i lov eller forskrift er lagt til én enkelt gruppe. Uavhengig av det setter kravet til faglig forsvarlighet i helselovgivningen begrensninger for hvilke oppgaver som kan løses av hvem.

Etter helsepersonelloven § 5 er det en åpning for å bruke medhjelpere ved at helsepersonell kan overlate bestemte oppgaver til annet personell. Bruk av medhjelpere kan bare gjøres hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølgingen som gis. Loven presiserer at medhjelpere er «underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn». Loven stiller altså forholdsvis strenge krav til oppfølging og kontroll. Helsepersonelloven § 5 har også en begrensning for bruk av elever og studenter som medhjelpere. I andre ledd står det at elever og studenter «skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring». Det betyr at elever og studenter som hovedregel ikke kan benyttes som medhjelpere begrunnet i virksomhetens behov for ekstra bistand.

Helse- og omsorgstjenesten er også i en normalsituasjon basert på en viss «oppgaveglidning», hvor oppgaver flyttes for eksempel fra en lege eller sykepleier til mindre spesialisert personell. Kommisjonen mener regelverket bør åpne for at det i noe større grad tillates å bruke medhjelpere under en krise. Det kan bidra til at oppgaver som normalt utføres av helsepersonell med spesialisert kompetanse, i større grad kan løses av andre personellressurser som settes tilstrekkelig i stand til det. Det bør utredes hvordan økt bruk av medhjelpere kan reguleres i helseberedskapsloven. For eksempel bør det vurderes om studenter kan brukes som medhjelpere, uten at det er begrunnet i hensynet til deres opplæring. Enkelte oppgaver bør også kunne løses av ufaglærte, under nødvendig oppfølging. I den sammenheng mener vi det bør utredes om det er mulig med unntak fra enkelte profesjonskrav i en krise.»

I Meld. St. 5 (2023-2024), Helseberedskapsmeldingen, punkt 3.1 står det:

«Etter helsepersonelloven kan helsepersonell overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Den som tildeles slike oppgaver anses som helsepersonellets medhjelpere. Mange oppgaver kan ivaretas av personell uten helsefaglig utdanning så lenge forsvarlighetskravet ivaretas. Medhjelpere vil særlig være aktuelt i kommunene som et virkemiddel for å bygge tilstrekkelig kapasitet og må inkluderes i planverket.»

Ved Stortingets behandling av Helseberedskapsmeldingen, jf. Innst. 220 S (2023-2024) punkt 3.2.4, uttalte helse- og omsorgskomiteen blant annet:

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, vil framheve betydningen av frivilligheten som beredskapsressurs, og viser til at dette blant annet ble trukket fram i NOU 2012: 14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen. Den samme rapporten trekker fram behovet for en samordnet innsats mellom ulike myndigheter og frivillige organisasjoner i nødsituasjoner. Samtidig påpeker flertallet at det er viktig at myndighetene har respekt for frivillige organisasjoners egenart. Deltakelse og beredskapssamarbeid mellom myndigheter og frivilligheten må ta utgangspunkt i at

frivillige organisasjoner er egenstyrte og basert på frivillig innsats, med de sårbarheter det gir knyttet til ressursene de har tilgjengelig og behov for oppfølging. Flertallet mener tiltakene regjeringen foreslår, som å legge til rette for at frivillig sektor blir bedre integrert i helseberedskapen i så vel avtaler, planer og øvelser, som regulatorisk, tettere dialog mellom frivillige organisasjoner og Helse- og omsorgsdepartementet gjennom et årlig dialogmøte og å sørge for at utvalgene i den nye helseberedskapsmodellen har kontakt og samarbeid med frivilligheten, er viktig.

Flertallet vil samtidig påpeke at det bør tydeliggjøres at det er et skille mellom frivilligheten generelt og den mer spesialiserte delen av frivilligheten som har en mer spisset kompetanse og som til daglig og i kriser støtter helsetjenesten og kommuner. Flertallet mener det bør vurderes om og på hvilken måte man rammer inn adgangen til bruk av medhjelpere i helsetjenestene og hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal motta og dra nytte av samarbeid med de spesialiserte frivillige under kriser. Det vil etter flertallets mening kunne gi en mer effektiv ressursutnyttelse under større og langvarige helsekriser.»

25.5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at det ikke er behov for endringer i helsepersonelloven § 5, og viser til redegjørelsen for gjeldende rett ovenfor. Det er departementets syn at gjeldende rett ivaretar de behovene som er påpekt i Koronakommisjonens rapport, Helseberedskapsmeldingen og innstillingen fra helse- og omsorgskomiteen.

Departementet mener at dagens regulering av bruk av medhjelpere i helsepersonelloven § 5 ikke er til hinder for mobilisering av ekstrapersonell i helsekriser. Dagens regulering er ikke til hinder for at kommuner eller spesialisthelsetjenesten ansetter ekstrapersonell ved helsekriser, herunder ufaglærte, eller at de inngår avtale med frivillige om bistand.

Bestemmelsen er heller ikke til hinder for oppgaveglidning i en virksomhet. Det er det grunnleggende og lovfestede kravet til forsvarlighet som setter skranker for hvem som kan utføre ulike oppgaver, og for hvordan oppgaver kan utføres i helse- og omsorgstjenesten.

Utgangspunktet er at alt personell i helse- og omsorgstjenesten som utøver helsehjelp er å anse som helsepersonell i helsepersonellovens forstand, og at man som helsepersonell har en selvstendig plikt til å utføre arbeidet sitt på en forsvarlig måte. Dette innebærer blant annet å innrette seg etter hvilke kvalifikasjoner man har og respektere begrensninger i egen kompetanse.

Helsepersonelloven § 5 gir vid adgang for helsepersonell til å delegerer oppgaver til annet personell, så lenge det er forsvarlig. Mange oppgaver kan utføres av ulike grupper personell så lenge de settes tilstrekkelig i stand til det og får nødvendig oppfølging og tilsyn underveis. Som medhjelper utfører man på bakgrunn av opplæring, veiledning og tilsyn fra det delegerende helsepersonellet, oppgaver som man uten slik opplæring, veiledning og tilsyn ikke ville hatt kompetanse til å utføre alene på en forsvarlig måte.

Departementet mener at begrensningen som kravet til forsvarlighet gir, er hensiktsmessig, også ved helsekriser. Departementet påpeker at terskelen for hva som regnes som forsvarlig vil variere ut ifra situasjonen helsehjelpen skal ytes i. For eksempel vil det ved tidsnød for å forhindre skade i en øyeblikkelig hjelp-situasjon eller i en krisesituasjon, stilles lavere krav til helsepersonellets arbeidsutførelse enn i en normalsituasjon.

På bakgrunn av dette foreslår departementet ingen endringer i helsepersonelloven § 5.

26 Forskjellige bestemmelser

26.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

Departementet foreslår i dette kapittelet:

- Å videreføre gjeldende § 6-1 i ny lov § 8-1. Paragrafen regulerer finansiering av de pliktene som følger av loven og de utgiftene som utløses ved bruk av påbud med hjemmel i lovens fullmaktsbestemmelser.
- Å videreføre gjeldende § 6-2 første ledd (forskrifter til utfylling av loven), § 6-3 (forholdet til forvaltningsloven), § 6-4 (rettsvirkninger ved ikke å etterkomme pålegg etter loven) og § 6-5 (straff) .
- Bestemmelser om ikrafttredelse og overgangsbestemmelser i forskrift.

26.2 Innledning

I dette kapittelet vurderer departementet gjeldende bestemmelser i helseberedskapsloven § 6-1 (finansiering), § 6-2 første ledd (forskrifter), § 6-3 (forholdet til forvaltningsloven), § 6-4 (rettsvirkninger ved å ikke etterkomme pålegg etter loven) og § 6-5 (straff).

Bestemmelsene foreslås i all hovedsak videreført. I tillegg foreslås bestemmelser om ikrafttredelse og overgangsbestemmelser.

26.3 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven § 6-1 lyder:

«§ 6-1 *Finansiering*

Utgifter ved påbud etter §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2 utredes av staten.

Departementet kan pålegge kommune, fylkeskommune og regionalt helseforetak å yte hel eller delvis refusjon av utgifter etter første ledd».

Første ledd gjør unntak fra hovedregelen i § 2-1 om at kostnadene ved planleggingen av arbeidet og andre beredskapsforberedelser, samt gjennomføringen av tiltak når en beredskapssituasjon har oppstått, skal dekkes av den virksomheten som er ansvarlig for tiltakene. Staten skal i utgangspunktet dekke utgiftene som påløper ved bruk av de nevnte fullmaktsbestemmelsene. Dette omfatter utgifter og erstatningskrav ved rekvisisjon av fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag (§ 3-1), pålegg om utvidet tjenesteplikt og beordring (§ 4-1), endringer i ansvars-, oppgave- og ressursfordeling for virksomheter (§ 5-1) og omlegging av drift eller omsetningsrestriksjoner (§ 5-2).

Etter andre ledd kan departementet likevel pålegge kommune, fylkeskommune og regionalt helseforetak å yte hel eller delvis refusjon av statens utgifter. Det fremgår av forarbeidene at det her særlig siktes til tiltak som vesentlig er til fordel for kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak selv, og tiltak som etter gjeldende regler skal betales av kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak og som det allerede er overført midler for å dekke.

Helseberedskapsloven § 6-2 første ledd lyder:

«Departementet kan gi forskrifter til utfylling og gjennomføring av denne loven, herunder om tilsyn med planlegging og gjennomføring av tiltak etter loven og om administrasjon og drift av helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten under krig, samt ved kriser og katastrofer i fredstid.».

Helseberedskapsloven § 6-3 lyder:

«§ 6-3 *Forholdet til forvaltningsloven*

Lov 10. februar 1967 om behandlingssaker gjelder for behandling av saker etter denne lov, med mindre noe annet er bestemt i eller med hjemmel i lov. Under krig eller ved kriser eller katastrofer i fredstid kan forhåndsvarsel til sakens parter unnlates dersom forhåndsvarsel kan medføre at saken forsinkes på en uheldig måte. Kongen kan bestemme at vedtak etter denne lov ikke kan kreves grunnlagt og ikke skal kunne påklages under krig eller ved kriser eller katastrofer i fredstid».

Helseberedskapsloven § 6-4 lyder:

«§ 6-4 *Rettsvirkninger ved ikke å etterkomme pålegg etter loven*

Dersom pålegg etter denne lov som staten ikke skal utrede utgiftene ved etter § 6-1, ikke etterkommes i løpet av en rimelig fastsatt frist, kan det som pålegget går ut på utføres for eiers regning.

Krav om refusjon for utgift er tvangsgrunnlag for utlegg».

Helseberedskapsloven § 6-5 lyder:

«§ 6-5 *Straff*

Den som forsettlig eller uaktsomt overtrer denne lov eller forskrifter eller pålegg som er gitt med hjemmel i loven, straffes med bøter eller fengsel i inntil 6 måneder, hvis forholdet ikke rammes av et strengere straffebud».

26.4 Departementets vurderinger og forslag

26.4.1 Finansiering

Departementet foreslår å videreføre gjeldende helseberedskapslov § 6-1 om finansiering i ny lov § 8-1. Det foreslås en språklig endring, slik at begrepet «dekke utgifter» erstatter begrepet «utrede utgifter».

Det er rimelig at staten i utgangspunktet skal dekke utgiftene ved rekvisisjoner (inkludert erstatningskrav), pålegg om utvidet tjenesteplikt og beordring, pålegg om å utføre arbeidsoppgaver som i alminnelighet ikke hører inn under virksomhetens ansvarsområde og omleggingstiltak når en beredskapssituasjon har oppstått.

Det bør videre være anledning til å bestemme at kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak likevel helt eller delvis skal dekke utgiftene selv når særlige grunner taler for det, for eksempel når tiltaket er til vesentlig fordel for virksomhetene selv eller det allerede er overført midler for å dekke utgiftene.

Refusjon innebærer normalt å betale tilbake midler som allerede er mottatt. Departementet legger til grunn at refusjon kan besluttes før eller samtidig med at finansieringsbehovet

oppstår, slik at det derfor ikke nødvendigvis først må foretas en overføring av midler fra staten.

26.4.2 Forskrifter til utfylling og gjennomføring av loven

Departementet foreslår å videreføre hjemmelen i gjeldende helseberedskapslov § 6-2 til å gi forskrifter til utfylling og gjennomføring av loven i ny lov § 8-2.

Dette inkluderer etter ordlyden blant annet forskrifter om tilsyn med planlegging og gjennomføring av tiltak etter loven og om administrasjon og drift av helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten under krig, samt ved kriser og katastrofer i fredstid.

Lovteksten er forholdsvis generelt utformet. Departementet mener at den generelle utformingen av forskriftshjemmelen er nødvendig både fordi lovens virkeområde er omfattende og fordi det kan bli behov for ulike tiltak, avhengig av den til enhver tid rådende situasjonen. Det kan være beredskapskrav som ikke er aktuelle i en normalsituasjon, men som kan bli det ved endrede forhold i forvaltningen eller ved endringer i trussel- eller risikobilde. Det anses derfor som mest fleksibelt og effektivt at de mer detaljerte materielle bestemmelsene utformes som forskrifter.

Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å vedta forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning. Videreføring av hjemmelen i § 6-2 andre ledd til å gi forskrifter om «drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning» drøftes i høringsnotatet punkt 23.

26.4.3 Forholdet til forvaltningsloven

Departementet foreslår å videreføre gjeldende helseberedskapslov § 6-3 om forholdet til forvaltningsloven i ny lov § 8-3.

Det innebærer at forvaltningsloven (gjeldende eller ny forvaltningslov avhengig av ikrafttredelsestidspunkt) gjelder for behandling av saker etter helseberedskapsloven, med mindre noe annet er bestemt i eller med hjemmel i lov.

Under krig, eller ved kriser og katastrofer i fredstid kan det være nødvendig å avlaste de organene som har ansvar for å håndtere en alvorlig situasjon, slik at de kan konsentrere seg om å sikre liv og helse. Det kan også være nødvendig å handle raskt. Departementet mener derfor at forhåndsvarsel også bør kunne utelates etter ny lov, dersom dette kan medføre at saken forsinkes på en uheldig måte. Kongen bør også i fremtiden kunne bestemme at vedtak ikke skal grunngis, samt gi unntak fra retten til å klage.

26.4.4 Rettsvirkninger ved ikke å etterkomme pålegg etter loven

Departementet foreslår å videreføre gjeldende helseberedskapslov § 6-4 om rettsvirkninger ved ikke å etterkomme pålegg etter loven i ny lov § 8-4.

Departementet mener at det av hensyn til en effektiv gjennomføring av tiltak i krig, krise eller katastrofe er nødvendig å lovfeste at pålegg som gis med hjemmel i helseberedskapsloven kan gjennomføres for eiers regning, dersom eieren ikke selv

etterkommer pålegget i løpet av en rimelig fastsatt frist. Dette er ikke relevant der staten skal dekke utgiftene etter § 8-1. Det at staten «kan» beslutte å gjennomføre pålegg for eiers regning, forutsetter et skjønn hvor hastegrad og alternative tiltak må vurderes. Gjennomføring for eiers regning bør etter departementets oppfatning forbeholdes tilfeller der andre reaksjonsformer ikke har vist seg tilstrekkelig effektive til å få tiltaket gjennomført innen den tiden som står til rådighet.

Det kan også oppstå behov for tvangsgrunnlag for å gjennomføre krav om refusjon for utgifter. Departementet foreslår derfor å videreføre lovfestingen av at krav om refusjon for utgift er tvangsgrunnlag for utlegg. Tvangsfullbyrdsloven § 1-2 bestemmer at krav mot staten, kommune, fylkeskommune, interkommunalt selskap, regionalt helseforetak eller helseforetak ikke kan tvangsfullbyrdes. Utlegg er derfor bare aktuelt overfor private virksomheter.

26.4.5 Straff

Departementet foreslår å videreføre gjeldende helseberedskapslov § 8-7 om straff i ny lov § 8-7. Departementet legger vekt på at det kan være viktig å ha en straffesanksjon for å sikre at nødvendige forberedelser blir gjennomført og pålegg som gis i en krisesituasjon blir respektert.

Forslaget innebærer at den som forsettlig eller uaktsomt overtrer helseberedskapsloven eller forskrifter eller pålegg som er gitt med hjemmel i loven, straffes med bøter eller fengsel i inntil 6 måneder, hvis forholdet ikke rammes av et strengere straffebud.

26.4.6 Ikrafttredelse

Departementet legger med denne høringen av ny helseberedskapslov til rette for at et lovforslag vil kunne fremmes for Stortinget til behandling våren 2027, og derfor at et lovvedtak vil kunne tre i kraft tidligst 1. januar 2028. Tidspunktet for ikrafttredelse vil avhenge av en konkret vurdering. Det kan også tenkes at enkelte bestemmelser bør tre i kraft senere enn andre.

Departementet foreslår derfor at lovforslaget § 9-1 bestemmer at loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer, og at Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

26.4.7 Overgangsbestemmelser

Det er gitt forskrifter med hjemmel i helseberedskapsloven, inkludert IHR-forskriften og helseberedskapsforskriften. Departementet tar sikte på å gjennomgå disse og vurdere eventuelle forskriftsendringer innen ny lov settes i kraft. Det er likevel behov for særskilt regulering av forskriftenes gyldighet for det tilfellet at et slikt arbeid vil ta lenger tid.

Departementet foreslår derfor at ny helseberedskapslov § 9-2 skal bestemme at forskrifter med hjemmel i helseberedskapsloven også gjelder etter at forslaget til ny smittevernlov har trådt i kraft.

Departementet foreslår også at Kongen i forskrift kan fastsette overgangsordninger i forbindelse med at loven trer i kraft, herunder at krav og pålegg i eller i medhold av loven skal oppfylles innen en bestemt frist.

27 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap

27.1 Økonomiske og administrative konsekvenser av loven som helhet

Dagens helseberedskapslov fra 2000 regulerer både det daglige helseberedskapsarbeidet utenom kriser og fullmaktshjemler som står i beredskap til behovet oppstår under krig eller ved kriser og katastrofer i fredstid. Loven skal fungere i de mange, og ofte høyst ulike, situasjonene som kan oppstå.

Det er etter departementets oppfatning behov for å foreslå endringer i flere bestemmelser i dagens helseberedskapslov, inkludert sentrale bestemmelser om vilkår for utløsning av fullmaktshjemlene og hvem som skal kunne vedta disse. Departementet foreslår også å erstatte helseberedskapsloven av 2000 med en ny helseberedskapslov.

Forslaget til ny helseberedskapslov vil opprettholde evnen til å reagere på en fremtidig alvorlig beredskapshendelse forholdsmessige og rettidige tiltak. De grunnleggende prinsippene i helseberedskapsloven av 2000 blir stående med forslaget. Dette innebærer blant annet at loven pålegger planplikt og enkelte andre forberedende tiltak som gjelder uavhengig av konkret krise og at loven inneholder fullmaktshjemler som kan anvendes dersom en krise, katastrofe eller krig oppstår. Forslaget innebærer også at lovens adgang til å fravike lov ved forskrift innenfor strenge vilkår videreføres, men at reguleringen av dette utformes på endret måte. Forholdet mellom Regjeringen og Stortinget i kriser tydeliggjøres, og den parlamentariske kontrollen styrkes. En effektiv og hensiktsmessig parlamentarisk kontroll vil bidra til økt tillit og oppslutning om tiltak i kriser.

Forslaget innebærer imidlertid ikke utvidede plikter for befolkningen, kommunene, det enkelte helse- og omsorgspersonell eller øvrige aktører. Det innebærer heller ikke økt behov for helsepersonellressurser. Forslagene i seg selv har derfor ikke økonomiske eller administrative konsekvenser.

Anvendelsen av fullmaktshjemlene i loven vil, på samme måte som etter dagens lov, likevel kunne ha til dels betydelige konsekvenser. Det er ikke mulig på forhånd å beregne konsekvensene av eventuelle tiltak som settes inn. Dette vil avhenge av situasjonen som har oppstått og hvordan fullmaktshjemlene konkret anvendes enkeltvis eller samlet. De økonomiske og administrative konsekvensene vil derfor på vanlig måte måtte utredes og tas i betraktning før anvendelse av fullmaktshjemlene.

27.2 Kapittel 1: Innledende bestemmelser

I lovutkastet kapittel 1 foreslås regler om lovens formål, virkeområde (stedlig og saklig) og vilkår for å utløse lovens fullmaktshjemler. Forslag til å endre den tidsperioden fullmaktshjemlene kan være utløst fra en måned til tre måneder, vil til en viss grad begrense de administrative konsekvensene fordi man ved langvarige kriser vil redusere antall ganger man må forberede sak for Kongen i statsråd.

27.3Kapittel 2: Ansvar for forberedelser og gjennomføring

I § 2-4 (beredskapsregistre) foreslår det enkelte tekniske og materielle endringer. Når det gjelder merkostnader ved å avlevere opplysninger til et beredskapsregister, foreslås det presisert at den virksomheten som opplysningene kreves fra, ikke skal få dekket sine merkostnader og at dette som hovedregel skal gjelde både offentlige og private virksomheter. Det følger imidlertid av prinsippene for statlig styring av kommuner og fylkeskommuner at de samlet skal kompenseres fullt ut for beregnede merutgifter som følge av nye oppgaver og endringer i regelverk. Dette vil også gjelde for kostnader ved avlevering av opplysninger til beredskapsregistre. Av hensyn til effektivitet kan imidlertid den praktiske håndteringen av kompensasjon skje når beredskapssituasjonen er avklart.

27.4Kapittel 3: Rekvisisjon av fast eiendom, rettigheter og løsøre

I loven § 3-1 foreslås det et nytt andre ledd som gir departementet adgang til å rekvirere fra produsenter eller leverandører utstyr og kjemikalier som det er nødvendig å bruke i vannverk for å kunne sikre vannforsyning og rent drikkevann til befolkningen. Endringen i seg selv har ingen konsekvenser, men anvendelsen av fullmakten vil kunne ha til dels betydelige konsekvenser. Det er ikke mulig å beregne konsekvensene av eventuelle tiltak som settes inn i forkant, men ved anvendelse av fullmakten vil de økonomiske og administrative konsekvensene på vanlig måte måtte utredes og tas i betraktning.

27.5Kapittel 4: Tjenesteplikt, beordring og registrering

I lovutkastets kapittel 4 foreslår departementet å utvide den øvre aldersgrensen for når en person kan pålegges tjenesteplikt og beordring fra 65 til 72 år. Anvendelsen av fullmakten kunne ha til dels betydelige konsekvenser. Det er ikke mulig å beregne konsekvensene av eventuelle tiltak som settes inn i forkant, men ved anvendelse av fullmakten vil de økonomiske og administrative konsekvensene på vanlig måte måtte utredes og tas i betraktning.

27.6Kapittel 5 og kapittel 6: Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling – omlegging og omsetningsrestriksjoner

Lovutkastets kapittel 5 og kapittel 6 innebærer videreføring av den regulering som i dag fremgår av lovens kapittel 5 (Øvrige fullmakter) uten materielle endringer. Forslaget innebærer ikke endrede økonomiske eller administrative konsekvenser.

27.7Kapittel 7: Adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning (derogasjon)

I kapittelet foreslås det å tydeliggjøre i lov hvilke begrensninger som gjelder for adgangen til å fravike lov ved forskrift. Dette er presisering av gjeldende rett som ikke vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

Dagens ordning, som åpner for å fravike lovbestemmelser om «drift, organisering og ansvarsforhold», foreslås utvidet slik at det også åpnes for å fravike tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter i lov. Dette vil kunne avhjelpe ressurs- og kapasitetsutfordringer som kan oppstå i krig, kriser eller katastrofer. Beslutninger om unntak vil kunne frigjøre noe kapasitet ved at enkelte administrative eller prosessuelle ordninger oppheves. Dette vil også gi virksomhetene større frihet til å foreta hensiktsmessige omstillinger når det gjelder ansvars- og oppgavefordeling, og til å foreta helhetlige prioriteringer ved ytelse av helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester.

I kapitlet foreslås videre å lovfeste plikt til å meddele Stortinget ved anvendelse av fullmaktsbestemmelsen. Dette vil ha begrensede administrative konsekvenser, fordi det forut for slik beslutning uansett vil måtte utformes kongelig resolusjon for behandling av Kongen i statsråd.

Som påpekt i punkt 28.1 vil selve anvendelsen av fullmakten kunne ha til dels betydelige administrative og økonomiske konsekvenser. Det er ikke mulig å beregne konsekvensene av eventuelle tiltak som settes inn i forkant, men ved anvendelse av fullmakten vil de økonomiske og administrative konsekvensene på vanlig måte måtte utredes og tas i betraktning.

27.8Kapittel 8: Forskjellige bestemmelser

I lovutkastet foreslår departementet en ny § 8-5 om behandling av personopplysninger for å sikre klar hjemmel for behandling av personopplysninger som loven åpner for. Endringene er i tråd med gjeldende rett.

I ny § 8-5 foreslås det at departementet kan pålegge innenlandske massemedier og virksomheter som tilbyr samferdsel å gi befolkningen informasjon av betydning for å håndtere en helseberedskapshendelse. Bestemmelsen vil ikke i seg selv ha økonomiske eller administrative konsekvenser. Det er ikke i forkant mulig å beregne konsekvensene ved bruk av den, noe som på vanlig måte må utredes og tas i betraktning ved anvendelsen.

28 Spesielle merknader til ny lov om helsemessig og sosial beredskap

§ 1-1

Til § 1-1 *Lovens formål og virkemidler*

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 1-1.

Gjeldende § 1-1 og forslag til ny § 1-1 omtales i høringsnotatets punkt 11.2.

Det materielle innholdet i gjeldende § 1-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 5.1 og Prop. 91 L (2010-2011) kapittel 47 om helse- og omsorgstjenesteloven § 13-3.

Første ledd bestemmer at formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig eller når slike situasjoner truer.

Helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens virksomhet er viktig for det sivile samfunnet, det enkelte individ og totalforsvaret. Det kan ha avgjørende betydning for totalforsvarets evne til å fungere at man har en godt fungerende helse- og omsorgstjeneste og sosialtjeneste både i normalsituasjoner og under ulike former for kriser og katastrofer eller krig.

Med vern av befolkningens liv og helse menes både akutt medisinsk beredskap, andre sykdomsforebyggende og skadereduserende tiltak og miljørettet helsevern. Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer», jf. folkehelseloven § 8 første ledd. Kommunens oppgaver og tiltakshjemler innenfor miljørettet helsevern fremgår av loven §§ 9 til 17. For omtale av hva som omfattes av nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester, vises til den alminnelige helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.

Nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester skal fortsatt kunne ytes ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig eller når slike situasjoner truer. Dette innebærer at lovens formål om å verne befolkningens liv og helse også vil gjelde før en krise, katastrofe eller væpnet konflikt har inntrådt eller følgene av en krise har materialisert seg. Potensialet i en foreliggende situasjon eller hendelse under oppseiling vil kunne innebære at lovens fullmakter kan og bør åpnes. Se nærmere omtale av dette i kapittel 11.

Andre ledd bestemmer at formålet med loven også er å legge til rette for motstandsdyktighet og evne til omstilling og prioritering for å hindre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet overskrides ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig.

Dersom det inntreffer krig, kriser eller katastrofer av et visst omfang, vil virksomhetenes evne til å sørge for blant annet øyeblikkelig helsehjelp og nødvendige helse- og

omsorgstjenester kunne bli utfordret. Det vil kunne være nødvendig å bruke lovens fullmaktsbestemmelser til å foreta omstillinger eller prioriteringer for å sikre at ressurser fordeles på en forsvarlig og rettferdig måte dit de trengs mest.

Tredje ledd uttrykker hvilke virkemidler de virksomhetene som loven omfatter skal benytte seg av for å nå formålet. Bestemmelsen tar utgangspunkt i den daglige driften i normalsituasjonen og forutsetter planlegging og forberedende tiltak for hvordan virksomhetene skal kunne opprettholde driften og, om nødvendig, legge om, utvide eller flytte driften ved kriser og katastrofer. Konkrete plikter når det gjelder planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid følger av loven § 2-2 første og andre ledd og helseberedskapsforskriften. Se nærmere om lovens pliktbestemmelser i kapittel 14 om forberedende beredskapstiltak.

§ 1-2

Til § 1-2 *Lovens stedlige virkeområde*

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 1-2.

Gjeldende § 1-2 og forslag til ny § 1-2 omtales i høringsnotatets punkt 11.3.

Det materielle innholdet i gjeldende § 1-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 5.2.

Første ledd slår fast at loven gjelder «i riket». Dette vil si det geografiske området hvor norsk lov gjelder.

Andre ledd gir Kongen adgang til å bestemme at loven skal få anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Kongen kan foreta tilpasninger som følge av den særlige organisering av helse-, omsorgs- og sosialtjenestene der. Svalbard er en del av Kongeriket Norge, jf. lov 17. juli 1925 nr. 11 om Svalbard § 1, men etter § 2 gjelder ikke andre lovbestemmelser enn norsk privatrett, strafferett og lovgivningen om rettspleien uten at det er bestemt særskilt. Det følger av forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen at helseberedskapsloven og enkelte forskrifter gjelder for Svalbard, jf. § 8. Det fremgår imidlertid av forskriften § 3 at det regionale helseforetaket Helse Nord RHF «skal sørge for akuttmedisinsk beredskap og andre helsetjenester på Svalbard i den utstrekning dette er nødvendig og hensiktsmessig ut fra de stedlige forholdene.» Forskrift om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen har ingen særregulering når det gjelder helseberedskapslovens anvendelse for Jan Mayen. Det innebærer at helseberedskapsloven ikke gjelder for Jan Mayen. Kongen kan også bestemme at loven skal få anvendelse på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal luftfart, samt på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.

§ 1-3

Til § 1-3 *Virksomheter loven gjelder for*

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 1-3 og omtales i høringsnotatets punkt 11.4.

Det materielle innholdet i gjeldende § 1-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 5.3 og Prop. 127 L (2022–2023) side 33.

Første ledd bokstav a omfatter den offentlige helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten og kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3. *Den offentlige helse- og omsorgstjenesten* omfatter kommunenes tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, helseforetakenes tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og fylkeskommunenes tjenester innenfor den offentlige tannhelsetjenesten etter tannhelsetjenesteloven.

Med *sosialtjeneste* menes kommunalt organiserte hjelpetiltak til personer med økonomiske og sosiale utfordringer. Dette omfatter tjenester etter sosialtjenesteloven og enkelte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Loven gjelder ikke for tjenester etter lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester eller andre kommunale eller fylkeskommunale tjenester utenfor Helse- og omsorgsdepartementets styringsområde, selv om disse i den enkelte kommune er organisert i integrerte enheter sammen med helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten.

Kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3 omfatter kommunens miljørettede helsevern.

Bokstav b slår fast at loven også gjelder for private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester til befolkningen. Bakgrunnen for bestemmelsen er blant annet spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgsloven § 3-1, som gir kommuner og helseforetak adgang til å inngå slik avtale.

For å sikre at landets totale helse- og sosialressurser kan nyttes til innsats i krisehåndteringen, bestemmer **bokstav c** at loven også skal gjelde private tilbydere av helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester som ikke har noen formell tilknytning til en kommune, en fylkeskommune, et regionalt helseforetak eller staten.

Bokstav d, e og f bestemmer at Mattilsynet og offentlige og private næringsmiddellaboratorier er omfattet av loven.

Vannverk er omfattet etter **bokstav g**. Med vannverk menes den del av et vannforsyningssystem som utgjøres av tekniske anlegg inkludert ledningsanlegg og tilhørende driftsorganisasjon. Bestemmelsen omfatter privat og offentlig eide vannverk. Et vannverk forstås normalt som et anlegg for magasinering, inntak, behandling, fremføring og distribuering av vann til offentlig og industriell bruk, herunder drikkevann. Et vannverk har normalt en sjø eller en elv som kilde og suger ferskvann inn i et anlegg som renses vannet før videre distribusjon. Begrepet vannverk brukes også om den organisasjonen som eier og driver anleggene.

Bokstav h bestemmer at loven omfatter apotek, grossister og tilvirkere av legemidler. Med «apotek» menes det samme som etter apotekloven § 1-3 bokstav a, hvor apotek er definert som salgssted for legemidler til sluttbruker hvor det gis legemiddelfaglig veiledning, som er fysisk tilgjengelig for publikum. Etter lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddelloven) § 14 første ledd er *grossist* definert som en virksomhet eller person som driver med engrosomsetning. Med engrosomsetning menes etter bestemmelsen all

virksomhet som går ut på anskaffelse, oppbevaring, utlevering eller eksport av legemidler, med unntak for utlevering av legemidler til allmennheten. Når det gjelder *tilvirkere av legemidler*» er tilvirkning av legemidler definert i legemiddeloven § 12 første ledd som fremstilling, pakking, ompakking, etikettering, ometikettering og frigivelse av legemidler, samt de nødvendige kontroller i forbindelse med disse aktiviteter. Bestemmelsen omfatter både offentlig og privat eide virksomheter.

Bokstav i bestemmer at bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr også omfattes av loven.

Medisinsk utstyr er alle produkter som fra produsentens side er ment å skulle anvendes på mennesker i den hensikt å diagnostisere, forebygge, overvåke, behandle eller lindre sykdom, skade eller handikap. Også visse svangerskapsforebyggende midler, samt hjelpemidler til funksjonshemmede omfattes av regelverket om medisinsk utstyr. Medisinsk utstyr kan bestå av ett produkt eller flere i kombinasjon. For eksempel er behandlingsutstyr, en rekke hjelpemidler, operasjonsutstyr, dentalmaterialer, samt tilbehør og programvare.

I henhold til **andre ledd** kan departementet i forskrift bestemme at også andre virksomheter enn de som følger av første ledd og som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og sosialtjenesten, skal omfattes av loven. Det kan for eksempel gjelde virksomheter som driver med renovasjon, avfallshåndtering produksjon av medisinsk-teknisk utstyr og leveranser av varer eller tjenester til vannverk.

§ 1-4

Til § 1-4 *Personell loven gjelder for*

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 1-4 og omtales i høringsnotatets punkt 11.5.

Det materielle innholdet i gjeldende § 1-4 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 5.3

Bestemmelsen regulerer hvilket personell loven gjelder for, og som kan pålegges tjeneste og beordres etter loven § 4-1. Alt personell som tjenestegjør i de virksomhetene loven omfatter kan i prinsippet pålegges tjenesteplikt.

Med tjenestegjøring menes enhver som arbeider for en virksomhet som omfattes av loven, uavhengig av om vedkommende er ansatt i fast stilling, vikariat eller engasjement.

Loven gjelder både for helsefaglig utdannet eller opplært personell, og personell uten slik særskilt fagutdannelse. Det avgjørende er om de har et arbeidsforhold til en virksomhet som omfattes av loven.

Loven gjelder for helsepersonell, definert i helsepersonelloven § 3 første ledd som personell med autorisasjon eller lisens, personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører helsehjelp og elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp.

Den gjelder også for annet personell, blant annet IKT-personell og merkantilt og teknisk personell som tjenestegjør på sykehus, sykehjem eller i den kommunale helse- og

omsorgstjenesten. Slikt personell vil være en avgjørende forutsetning for ytelse av helse- og omsorgstjenester, selv om arbeidsoppgavene i utgangspunktet ikke vil være å anse for «helsehjelp» i henhold til helsepersonelloven.

Loven gjelder ikke for personell ansatt i sektorer som ikke omfattes av loven, for eksempel personell ansatt i barneverntjenesten eller utdanningssektoren. Dette gjelder selv om disse tjenestene kan være organisert i integrerte enheter sammen med helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten i den enkelte kommune. Bestemmelsen i *andre punktum* innebærer imidlertid at departementet kan bestemme at også personell som har tjenestegjort i virksomheter som loven omfatter, samt særskilt kvalifisert personell, også skal omfattes av loven. Eksempel på særskilt kvalifisert personell er studenter og elever som utdannes med sikte på å kunne arbeide i virksomheter loven omfatter, og som har gjennomført et minimum av sin utdanning. Aldersgrensen for beordringspliktig personell etter loven, § 4-1 tredje ledd gjelder også for denne gruppen personell.

§ 1-5

Til § 1-5 Når fullmaktsbestemmelsene i loven gjelder

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 1-5 med enkelte presiseringer og endringer. Det tydeliggjøres i loven at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes også ved en sannsynlig kommende krise eller katastrofe i fredstid, for å forebygge konsekvensene av denne. Myndigheten til å beslutte at fullmaktsbestemmelsene kan anvendes ved kriser og katastrofer i fredstid legges til Kongen i statsråd i stedet for til Kongen. Det innebærer at beslutningen ikke kan delegeres til departementet. Perioden det kan besluttet å utløse fullmaktsbestemmelsene utvides fra én til tre måneder. Departementets hastedgang til å beslutte at fullmaktsbestemmelsene skal kunne anvendes ved kriser og katastrofer i fredstid videreføres ikke. Forslag til ny § 1-5 omtales i høringsnotatets kapittel 16.

Det materielle innholdet i gjeldende § 1-5 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.2.

Første ledd bestemmer at lovens fullmaktsbestemmelser får anvendelse når det er nødvendig for å ivareta lovens formål, jf. § 1-1, og en av situasjonene i nr. 1 eller 2 foreligger.

De fleste av bestemmelsene i loven gjelder i sin alminnelighet, uavhengig av om en står overfor en krise eller katastrofesituasjon eller ikke. Fullmaktsbestemmelsene §§ 3-1, 4-1, 5-1, 6-1 og 7-1 skal bare gjelde i helt spesielle situasjoner. Denne paragrafen bestemmer når disse bestemmelsene skal gjelde. En beslutning om at vilkårene for å anvende fullmaktsbestemmelsene er oppfylt, betyr kun at det er adgang til å iverksette tiltak i medhold av §§ 3-1, 4-1, 5-1, 5-2 og 6-2. Det må vurderes konkret om tiltak faktisk skal iverksettes og hvordan de i så fall skal utformes og avgrenses. Dette gjelder også for vedtak med hjemmel i § 7-1 av forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning.

Etter *første ledd nr. 1* skal fullmaktsbestemmelsene få anvendelse når riket er i krig eller når krig truer. Begrepet krig skal i all hovedsak forstås på samme måte som i beredskapsloven. Dette vil klart gjelde situasjoner hvor det foreligger en formell

krigserklæring. Det vil også kunne omfatte væpnede konflikter som ikke uten videre anses som krig i folkerettslig forstand, for eksempel pågående kamphandlinger mellom Norge og en annen stat, uten at det foreligger en formell krigserklæring.

I tråd med uttalelser i forarbeidene til helseberedskapsloven, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998–99) side 141-142, vil ikke «isolerte tilfelle av alminnelig terrorisme eller annen kriminalitet, humanitære katastrofer, naturkatastrofer, storulykker (for eksempel atomulykker), massetilstrømming av flyktninger mv.» anses som krig. En rekke av disse situasjonene vil imidlertid kunne anses som en «krise eller katastrofe i fredstid» etter første ledd nr. 2.

Helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser kan også anvendes når krig truer. Det vil si før den faktiske og rettslige situasjonen er av en slik art at riket er i krig. I vurderingen av om krig truer vil det være relevant å vektlegge blant annet uttalelser fra andre lands politiske og militære ledere hvor krig eller militære operasjoner fremholdes som nødvendig, eventuelt i kombinasjon med beskrivelse av vilkår eller imøtekommer som må innfris for å unngå krig. Andre elementer som kan inngå i en slik vurdering vil være troppeforflytninger eller styrkeoppbygging langs grenseområdene, grensekrenkelser eller andre former for territorialkrenkelser eller sabotasjeaksjoner på norsk jord mot militære eller sivile mål. Også militært angrep på Norges naboland eller angrep på et NATO-land (jf. NATO-traktaten artikkel 5) vil kunne være relevant å vektlegge i en slik vurdering.

I tråd med utvalgets beskrivelser og vurderinger i NOU 1995:31, og som dagens trussel- og risikobilde illustrerer, kan det ved sikkerhetspolitiske kriser være glidende overganger og eskalerende utfordringer som både berører helseberedskapen og totalforsvaret før det eventuelt erklæres krig. Villede og avledede hendelser som direkte eller indirekte påvirker helseberedskapen kan blant annet være knyttet til en sikkerhetspolitisk situasjon, eller komme som følge av den. Eksempler på slike hendelser kan være cyberangrep mot helse- og omsorgstjenesten, bortfall av strømforsyning til virksomheter i helsesektoren, forsyningssvikt som følge av konflikt i andre deler av verden eller økte sosiale utfordringer som konsekvens av hvordan Norge påvirkes av en internasjonal krise. I slike situasjoner uten en formell krigserklæring eller et væpnet angrep, og hvor man også kan være usikker på om situasjonen er slik at man vil si at «krig truer», vil det måtte vurderes om situasjonen anses som krise eller katastrofe i fredstid etter første ledd nr. 2.

Etter *første ledd nr. 2* skal fullmaktsbestemmelsene få anvendelse ved kriser eller katastrofer i fredstid som har inntrådt eller som med stor sannsynlighet vil inntreffe i nærmeste fremtid. Til forskjell fra situasjonen ved krig etter nr. 1, skal Kongen i statsråd i henhold til andre ledd beslutte om vilkåret er oppfylt.

I Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) beskrives på side 93 en krise eller katastrofe i fredstid som «en situasjon av ekstraordinær karakter der det akutte hjelpebehov ikke kan dekkes av tilgjengelige ressurser, og ordinære ansvarsforhold og kommandoforhold ikke strekker til, og omlegging eller ekstra tilførsel av ressurser er nødvendig». Det er opp til Kongen i statsråd å utøve et skjønn i de komplekse og ofte uventede situasjonene som kan oppstå og der kunnskapen eller informasjonen man besitter kan være usikker.

Ved vurderingen av om vilkårene for å anvende fullmaktsbestemmelsene er oppfylt, må det til en viss grad også kunne legges vekt på hvor store konsekvenser det vil få dersom man ikke iverksetter tiltak som fullmaktsbestemmelsene åpner for. Dersom man fullt ut kan håndtere situasjonen på en forsvarlig måte ved å iverksette tiltak innenfor den ordinære tjeneste- og personellovgivningen, vil det ikke være adgang til å anvende fullmaktsbestemmelsene.

Eksempler på kriser eller katastrofer i fredstid kan være:

- massiv pasientpågang eller massetilstrømming av flyktninger til kommune pga. atomulykke, naturkatastrofe, utstrakte terrorhandlinger eller bortfall av infrastruktur
- evakuering av innbyggere i en eller flere kommuner, f.eks. på grunn av store mengder radioaktivt nedfall eller krig
- når flere sykehus eller hele eller store deler av helseforetaks virksomhet blir satt ut av drift i uker eller måneder
- masseskadesituasjoner
- store epidemier og masseforgiftningssituasjoner
- hendelser som medfører omfattende nedstenging av luftrommet.

Situasjoner som ikke har sin opprinnelse i Norge, kan også anses som en «krise eller katastrofe i fredstid» i henhold til bestemmelsen. Dette gjelder for eksempel ved massiv pasientpågang eller massetilstrømming av flyktninger som følge av en atomulykke eller naturkatastrofe i et annet land. Hendelser i andre land vil også kunne påvirke de komplekse internasjonale verdi- og forsyningskjedene for blant annet legemidler, medisinsk-teknisk utstyr og personlig verneutstyr. For eksempel vil produksjonsstans i et eller flere land eller beslutninger om endrede leveranser, kunne få direkte betydning også i Norge. Under koronapandemien erfarte Norge også at det, på grunn av svært stor etterspørsel internasjonalt, ikke lenger var mulig å skaffe personlig smittevernutstyr i det omfanget man hadde behov for. Det vil rent faktisk kunne være vanskelig å motvirke eller påvirke forhold av betydning for produksjon eller leveranse i et annet land. Den endrede geopolitiske situasjonen i verden kan videre medføre at produkter Norge tidligere kunne kjøpe, heller selges til andre land. Også denne type situasjoner vil kunne oppfylle vilkåret om «krise eller katastrofe i fredstid». Det avgjørende vil være hvilke konsekvenser det som har skjedd faktisk får, eller ventes å ville få, for helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten i Norge - ikke om hendelsene har sin opprinnelse i Norge, våre naboland eller i andre deler av verden.

Det er ikke nødvendig for å anvende loven at krisen eller katastrofen allerede har inntrådt. Loven skal også kunne anvendes når det er stor sannsynlighet for at en ekstraordinær krise eller katastrofesituasjon vil oppstå i nærmeste fremtid, og konsekvensene for befolkningens liv og helse vil være meget alvorlige om situasjonen oppstår.

Kravet om sannsynlighet innebærer at det ikke er nødvendig med sikker kunnskap om at en krise eller katastrofe faktisk vil inntreffe. Det vil likevel kreves mer enn en rent teoretisk eller fjerntliggende sannsynlighet for at en hendelse vil kunne utvikle seg til å bli en krise eller katastrofe i Norge. Ved vurderingen må det imidlertid tas hensyn til at

informasjonstilgangen ofte vil være både mangelfull og usikker ved oppstarten av det som kan utvikle seg til å bli en krise eller katastrofe i lovens forstand. Dette gjelder både hva som faktisk har skjedd og hvordan situasjonen vil kunne utvikle seg. Dette innebærer at det tidlig i et forløp ofte kan være vanskelig å vurdere om en krise eller katastrofe sannsynligvis vil inntreffe.

I vurderingen av om vilkårene for å anvende fullmaktsbestemmelsene er oppfylt, må det også tas hensyn til hvilke konsekvenser en krise eller katastrofe vil få for befolkningens liv og helse. Dersom det vil ha svært store og alvorlige konsekvensene for befolkningens liv og helse, vil vilkårene for å iverksette forberedende tiltak lettere være oppfylt.

Selv om man for eksempel i en periode vil kunne håndtere manglende leveranser av legemidler eller personlig verneutstyr ved hjelp av nasjonale lagre, vil det over tid kunne utvikle seg til en krise eller katastrofe dersom man ikke klarer å fylle opp lagrene. I slike situasjoner kan det være nødvendig tidlig å iverksette tiltak som rasjonering eller andre omsetningsrestriksjoner for å forsinke krisen, eller for å minske konsekvensene av krisen når den inntreffer.

Dersom man kan iverksette nødvendige forberedende tiltak innenfor den ordinære tjeneste- og personellovgivningen, vil det ikke være adgang til å anvende fullmaktsbestemmelsene.

Andre ledd første punktum bestemmer at Kongen i statsråd beslutter om vilkårene etter første ledd nr. 2 er oppfylt. Det innebærer at fullmaktsbestemmelsene i loven ikke kan anvendes ved kriser eller katastrofer i fredstid før Kongen i statsråd har tatt stilling til om vilkårene er oppfylt og besluttet anvendelse ved kongelig resolusjon. Beslutningen kan ikke delegeres. Det er imidlertid ikke krav om slik forutgående beslutning av Kongen i statsråd ved krig eller når krig truer etter alternativet i første ledd nr. 1.

Det må løpende og med jevne mellomrom vurderes om vilkårene for å kunne anvende fullmaktene fortsatt er oppfylt.

Andre ledd andre punktum bestemmer at en beslutning om anvendelse av fullmaktsbestemmelsene i §§ 3-1, 4-1, 5-1, 6-1 og 7-1 gis for et begrenset tidsrom og maksimalt for tre måneder. Det innebærer at beslutninger med hjemmel i disse bestemmelsene kan fattes i det aktuelle tidsrommet, og at det da må tas konkret stilling til varigheten av de enkelte tiltakene. Ved beslutning om å fravike lov ved forskrift etter § 7-1 vil henvisningen til beredskapsloven § 3 kreve at såfremt bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget, skal de snarest mulig legges fram som lovforslag.

Andre ledd tredje punktum bestemmer at beslutningen om fullmaktsbestemmelsenes anvendelse kan gjentas for inntil tre måneder av gangen. Det er ikke noen begrensninger i antall ganger beslutningen kan gjentas.

§ 2-1

Til § 2-1 *Ansvarsprinsippet*

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 2-1.

Gjeldende § 2-1 og forslag til ny § 2-1 omtales i høringsnotatets kapittel 12.

Det materielle innholdet i gjeldende § 2-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 6.2.

Bestemmelsen understreker at den myndigheten som har ansvaret for en sektor, også i en beredskaps- eller krigssituasjon har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende myndigheten. En krise eller katastrofe eller krigsforhold medfører i utgangspunktet ingen endringer i de ordinære oppgave- og ansvarsforhold. Dette kalles ansvarsprinsippet.

Ansvarsprinsippet retter seg i utgangspunktet kun mot offentlige myndigheter og virksomheter. Det er en forutsetning at vedkommende myndighet er gitt et ansvar for et område eller ansvar for å sørge for eller tilby en tjeneste.

Ansvarsprinsippet omfatter alle deler av virksomheten, herunder ansvaret for finansiering av beredskapsarbeid og beredskapsforberedelser. Ansvarsprinsippet innebærer at myndigheten eller virksomheten selv må tenke gjennom de krisescenariene den kan bli utsatt for og forberede nødvendige tiltak. Gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser og utvikling av krisehåndteringskompetanse kan derfor utledes av prinsippet. Et annet viktig uttrykk for ansvarsprinsippet er plikten til å planlegge sin egen virksomhet.

Ansvarsprinsippet omfatter også tilsynsvirksomheten. Dette innebærer for det første at det er den samme tilsynsmyndigheten som har ansvaret for tilsyn med virksomhetens øvrige virksomhet som skal føre tilsyn også med beredskapsarbeidet. For det andre, er det samme myndighet som fører tilsyn med virksomheten i en normalsituasjon som skal føre tilsyn i en beredskapssituasjon.

Dersom ansvarsprinsippet skal fravikes, må det særskilt bestemmes. Det kan for eksempel gjøres i medhold av § 6-2 andre ledd.

§ 2-2

Til § 2-2 Planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 2-2.

Gjeldende § 2-2 og forslag til ny § 2-2 omtales i høringsnotatets punkt 14.3

Det materielle innholdet i gjeldende § 2-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) kapittel 7.

Første ledd bestemmer at kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten har plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de helse- og omsorgstjenestene eller sosialtjenestene de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Bestemmelsen slår også fast kommunen sitt ansvar for planlegging og krav til beredskapsforberedelser innenfor miljørettet helsevern. En rekke tjenester ytes av private etter lov, eller etter avtale som en del av det offentlige tilbudet. Beredskapsplanene skal også omfatte slike virksomheter. Staten, kommunen, fylkeskommunen eller de regionale helseforetakene avgjør om virksomheter eller tjenester de har ansvaret for skal utarbeide egen plan for

virksomheten som skal inngå som en delplan i planer etter første punktum. Det må derfor tas med i avtalen dersom virksomheter nevnt i andre punktum skal pålegges selvstendig planleggingsplikt av kommunen, fylkeskommunen eller staten.

Selv om helseberedskapsforskriften knytter planleggingen til tjenesteyting «under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid», vil planplikten for kommuner og spesialisthelsetjenesten gjelde hele krisespekteret. Dette følger av at blant annet helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b også pålegger planplikt og viser til helseberedskapsloven. Kommuner og spesialisthelsetjeneste er også pålagt å utarbeide «omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nummer 11.

Andre ledd bestemmer at en rekke virksomheter har selvstendig planleggingsplikt. Det gjelder offentlig eide sykehus, private sykehus som driver etter avtale med, Mattilsynet, næringsmiddellaboratorier og vannverk.

Tredje ledd gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift om at private som tilbyr helse- og sosialtjenester uten formell tilknytning til det offentlige skal ha planleggingsplikt. Det samme gjelder virksomheter som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og sosialtjenesten, og som departementet har bestemt skal omfattes av loven etter § 1-3 andre ledd. Departementet kan bestemme at virksomhetene skal omfattes av beredskapsplan etter første ledd. Forskriften kan regulere alle deler av forholdet mellom pliktsubjektene og staten, herunder finansiering. Planleggingsbehov for disse virksomheter bør søkes løst ved frivillig avtale før det vurderes å pålegge planleggingsplikt. Helseberedskapsforskriften er fastsatt med hjemmel i tredje ledd.

Fjerde ledd gir departementet hjemmel til å fastsette krav til beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet. Det kan settes minimumskrav til hva en beredskapsplan skal inneholde, herunder plan for informasjon til publikum. Det kan også fastsettes mønster for hvordan ulike planer skal utarbeides blant annet av hensyn til ensartethet og lesbarhet. Det kan også fastsettes forskrift om krav til driftssikkerhet, lagring av materiell og utstyr og øvelser og opplæring av personell.

Femte ledd gir departementet hjemmel til å bestemme at pliktsubjektene skal innføre kvalitetssikring og kontroll etter internkontrollmetoden i beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet, og at det skal anvendes systemrettet tilsyn. Det kan videre fastsettes regler for gjennomføringen av dette.

§ 2-3

Til § 2-3 *Varsel og rapportering*

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 2-3.

Gjeldende § 2-3 og forslag til ny § 2-3 omtales i høringsnotatets punkt 14.4.

Det materielle innholdet i gjeldende § 2-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.3.

Første ledd første punktum gir virksomheter loven omfatter plikt til å varsle om forhold innen helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten som kan gi grunnlag for tiltak etter helseberedskapsloven. Bakgrunnen for bestemmelsen er at kriser og katastrofer i fredstid ofte starter lokalt, og at krisen primært må håndteres der. Sentrale myndigheter må få nødvendig og pålitelig informasjon om situasjonen lokalt for at de skal kunne vurdere behovet for støttende tiltak, herunder bestemme om fullmaktsbestemmelsene skal gjelde. Et helseforetak må for eksempel varsle departementet om naturkatastrofer, terrorhandlinger og masseskadesituasjoner av et visst omfang, dersom det vurderes slik at det kan være behov for å anvende lovens fullmaktsbestemmelser for å klare å håndtere krisen og dennes følger.

Etter *andre punktum* skal varslet gis til departementet eller den myndigheten departementet bestemmer. Avhengig av hvilke sektorer som særlig er påvirket av situasjonen, kan det være aktuelt for departementet å bestemme at varslet først skal sendes til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for medisinske produkter eller Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. Inntil slike bestemmelser er gitt, formidles varslet direkte til departementet.

Andre ledd første punktum gir departementet hjemmel til å pålegge virksomheter loven omfatter rapporteringsplikt om forhold av betydning for helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten. Det kan blant annet under selve krisehåndteringen være behov for kontinuerlig informasjon, dels for å tilpasse tiltakene etter situasjonen, dels for å evaluere igangsatte tiltak.

Etter *andre ledd andre punktum* gir departementet nærmere bestemmelser om rapporteringsplikten, for eksempel om innholdet i rapporteringsplikten, mal for rapportene, hvilke prosedyrer en skal følge og hvem rapporteringen skal gå til.

§ 2-4

Til § 2-4 *Beredskapsregistre*

Bestemmelsen viderefører i stor grad gjeldende § 2-4. Det foreslås at i tillegg til Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Direktoratet for atomsikkerhet og strålevern, skal Direktoratet for medisinske produkter også kunne opprette et beredskapsregister. Det foreslås også at det kan opprettes beredskapsregistre ved beredskapsøvelser. I tillegg foreslås det enkelte tekniske, begrepsmessige og språklige endringer uten innholdsmessig betydning.

Gjeldende § 2-4 og forslag til ny § 2-4 omtales i høringsnotatets kapittel 15.

Det materielle innholdet i gjeldende § 2-4 er omtalt i Prop 7 L (2016 – 2017).

Første ledd viderefører i all hovedsak gjeldende rett. Bestemmelsen presiserer i hvilke tilfeller Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet og Direktoratet for medisinske produkter kan opprette beredskapsregistre.

Forutsetningen for at en virksomhet kan opprette et beredskapsregister er at et slikt register må være nødvendig for å kunne ivareta de oppgavene de har etter lov, forskrift

eller instruks fra departementet. Av dette følger at beredskapsregisteret ikke kan inneholde flere opplysninger enn det som er nødvendig for å oppnå formålet med registeret og ivaretagelse av de oppgaver som den aktuelle etaten er pålagt. Eksempelvis vil Direktoratet for medisinske produkter kunne ha behov for et beredskapsregister ved en legemiddelkrise.

Et beredskapsregister kan også opprettes i forbindelse med en beredskapsøvelse. For å redusere personvernkonsekvensene, skal det i utgangspunktet kun benyttes syntetiske data ved beredskapsøvelser, det vil si data uten personidentifiserende kjennetegn. Det vises til at en øvelse ikke kan begrunne de samme inngrepene i den enkeltes personvern som en faktisk beredskapssituasjon. Det er likevel en snever adgang til å behandle personidentifiserbare opplysninger der dette er strengt nødvendig for å gjennomføre en nasjonal øvelse. Under en øvelse, skal den etaten som eventuelt oppretter beredskapsregister benytte hjemmelen i § 2-4 i et omfang som er personvernmessig forholdsmessig, gitt at det ikke er en faktisk krise. Departementet iverksetter en øvelse hvor beredskapsregistre kan opprettes, og det skal være departementet som setter rammene for øvelsen, herunder om det kan benyttes ekte data.

Andre ledd er ny, og fastsetter at departementet skal underrettes før det opprettes et beredskapsregister etter første ledd. Dette er en ren informasjonsbestemmelse og følger allerede av gjeldende rett. Formålet med bestemmelsen er at departementet skal kunne sikre at etatene er samkjørte, slik at det ikke opprettes flere dupliserte beredskapsregistre og at ressursene benyttes på mest effektiv måte.

Tredje ledd viderefører dagens § 2-4 første ledd fjerde punktum og fastslår at den som oppretter et register blir dataansvarlig for registeret.

I **fjerde ledd** erstattes ordet «helseopplysninger» med «opplysninger», for å tydeliggjøre at et beredskapsregister kan inneholde alle typer personopplysninger.

Femte ledd viderefører gjeldende tredje ledd.

Sjette ledd er delvis en videreføring av gjeldende rett og delvis ny.

I første punktum presiseres det at dataansvarlig for et beredskapsregister kan kreve opplysninger fra alle offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste, i tillegg til opplysninger fra virksomheter som er nevnt i folkehelseloven § 29 andre og tredje ledd. Bakgrunnen for bestemmelsen, er behovet for å harmonisere den med gjeldende smittevernlov § 2-2 åttende ledd.

I andre og tredje punktum fremkommer det at opplysningene ikke bare kan kreves av dataansvarlig, men også databehandleren. Før utlevering fra databehandleren finner sted, skal dataansvarlig underrettes. Bakgrunnen for forslaget er å kunne forenkle utleveringsprosessen.

Fjerde punktum er ny og fastsetter at den virksomheten som plikter å tilgjengeliggjøre opplysninger ikke kan kreve vederlag for eventuelle kostnader for tilgjengeliggjøringen. Bestemmelsen er begrunnet i behovet for en effektiv og hensiktsmessig innhenting av data, som ikke forsinkes av forhandlinger om kostnader. Den er derfor ikke til hinder for

at registereier og avleverende virksomheter kan inngå avtaler om fordeling av kostnader, delfinansiering etc. Bestemmelsen gjelder både offentlige og private virksomheter.

Femte punktum fastslår at kommuner og fylkeskommuner likevel kan få dekket sine kostnader. Det følger av prinsippene for statlig styring av kommuner og fylkeskommuner at kommunene samlet skal kompenseres fullt ut for beregnede merutgifter som følge av nye oppgaver og endringer i regelverk, jf. veileder om «Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner, Med prinsipper og retningslinjer» av 14. desember 2020. Det gjelder også kostnader kommunene får ved tilgjengeliggjøring av opplysninger til beredskapsregistre. Av hensyn til effektivitet kan den praktiske håndteringen av kompensasjon skje når beredskapssituasjonen er avklart.

Sjuende ledd fastsetter at også privatpersoner, etter forespørsel og samtykke, kan gi opplysninger til et beredskapsregister.

Åttende ledd regulerer varigheten til et beredskapsregister og hva som skal skje med registeret ved opphør. Første punktum er en videreføring av gjeldende rett og sier at opplysningene skal slettes eller anonymiseres når hendelsen er avklart og evaluert. Andre punktum er ny og fastsetter at departementet ved tvilstilfelle kan avgjøre om hendelsen er evaluert. Bakgrunnen for denne endringen, er at grensene for når en hendelse er evaluert ikke alltid er klart og da må departementet kunne avgjøre dette. Selv om hovedregelen er at de innsamlede opplysningene skal anonymiseres eller slettes ved beredskapsregisterets opphør, fastsetter tredje punktum at departementet i forskrift kan fastsette at registeret videreføres slik det er når hendelsen er avklart. Det vil gjelde de allerede innsamlede opplysningene. Vilåret for å videreføre registeret er at samfunnets interesse i den videre behandlingen klart overstiger ulempene som kan påføres den enkelte.

§ 3-1

Til § 3-1 *Rekvisisjon*

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-1, med tillegg av at det også skal være adgang til å rekvirere utstyr og kjemikalier som det er nødvendig å bruke i vannverk for å kunne sikre vannforsyning og rent drikkevann til befolkningen.

Gjeldende § 3-1 og forslag til ny § 3-1 omtales i høringsnotatets kapittel 22.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.7.

I kriser hvor helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten vil behov for å benytte privat eller annen offentlig eiendom og gjenstander trolig i stor utstrekning la seg ordne gjennom avtaler og henstillinger. Hjemmelen til å overta rådighet eller eiendomsrett er derfor primært aktuell når det ikke er tid til å inngå avtaler eller når private av ulike grunner ikke ønsker å inngå avtale, selv om det i ettertid skal betales erstatning.

Fullmaktene etter paragrafen gjelder bare når betingelsene i § 1-5 er oppfylt. Dette innebærer at adgangen til rekvisisjon vil gjelde både ved kriser eller katastrofer i fredstid

og ved krig eller når krig truer, likevel slik at eiendomsrett til fast eiendom kun skal kunne kreves ved krig eller når krig truer.

Etter *første ledd* kan departementet mot erstatning kreve avstått til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag.

Med bruk menes også forbruk. Med annen særlig rådighet siktes det primært til rådighet som hindrer eieren i å kunne benytte egen fast eiendom eller løsøre på vanlig måte.

Departementet «kan» benytte seg av rekvisisjon, og har derfor en skjønnsmessig adgang til å kreve at fast eiendom, rettigheter og løsøre avstås. Før beslutning om rekvisisjon fattes, må det vurderes om formålet kan oppnås med mindre inngripende tiltak eller virkemidler, for eksempel frivillig avtale.

Rekvisisjonsadgangen må sees i sammenheng med Grunnloven § 105, som krever at hensynet til «statens tarv» må tilsi «at noen må avgi sin rørlige eller urørlige eiendom til offentlig bruk». Det må altså gjøres en konkret vurdering hvor nødvendigheten av å beslutte rekvisisjon må vurderes opp mot muligheten for å oppnå det samme formålet gjennom frivillighet. Rekvisisjonsadgangen må også ses i sammenheng med Den europeiske menneskerettighetskonvensjonens tilleggsprotokoll 1 (EMK TP-1) artikkel 1. Det fremgår der at enhver fysisk eller juridisk person har rett til å få nyte sin eiendom i fred, og at ingen skal bli fratatt sin eiendom unntatt i «det offentliges interesse». I så fall skal dette også skje på de betingelsene som er hjemlet ved lov. Det må gjøres en vurdering av forholdsmessigheten av inngrepet holdt opp mot begrunnelsen for inngrepet.

Rekvisisjon forutsetter at det som avstås trengs til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr. Dette innebærer et krav om at rekvisisjon må være nødvendig. Kravet om at rekvisisjon må være «til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester» innebærer at formålet med rekvisisjonen må være å oppfylle lovfestede plikter og pasient- og brukerrettigheter. Det kan for eksempel være nødvendig å rekvirere fast eiendom for å skaffe seg egnede lokaler for å kunne tilby nødvendig undersøkelse, behandling og pleie og omsorg. I slike tilfeller vil det også kunne være nødvendig å rekvirere ulike former for løsøre for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Dette kan for eksempel være senger, sengetøy, medisinsk utstyr og medisinsk forbruksmateriale som inngår i eller forbrukes ved undersøkelse, behandling og pleie.

Ved omfattende kriser eller katastrofer kan det være nødvendig med bistand fra helse- og omsorgspersonell fra andre deler av landet. I slike situasjoner kan det oppstå raskt behov for å stille bolig til rådighet og behov for å lagre materiell og utstyr.

Avgivelse av rørlig eller urørlig eiendom anses som ekspropriasjon og gir den enkelte krav på full erstatning etter Grunnloven § 105.

Rekvisisjon uten adgang til forhåndsplanlegging etter § 3-2 bør først benyttes når andre muligheter for anskaffelse av aktuelle varer og tjenester er forsøkt.

Første ledd *andre punktum* presiserer at departementet også vil ha rett til å foreta endringer ved gjenstanden eller den faste eiendom som anses nødvendig.

Etter **andre ledd** kan departementet fra mot erstatning kreve at produsenter eller leverandører avstår utstyr og kjemikalier til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet. Dette gjelder utstyr og kjemikalier som det er nødvendig å bruke i vannverk for å kunne sikre vannforsyning og rent drikkevann til befolkningen.

Tredje ledd begrenser adgangen til å rekvirere fast eiendom. Eiendomsrett til fast eiendom kan bare kreves avstått etter paragrafen når riket er i krig eller når krig truer, og avståelsens formål ikke kan oppnås gjennom tidsbegrenset bruksrett eller annen særlig rådighet over eiendommen.

Fjerde ledd bestemmer at departementet kan gi tillatelse til at også andre kan rekvirere det samme som departementet har hjemmel til å rekvirere etter første til tredje ledd. Departementet kan bestemme at den som får tillatelse til å rekvirere, skal dekke utgiftene ved avståelsen helt eller delvis.

Etter **femte ledd** kan departementet gi eier eller bruker av det løsøret som rekvireres pålegg om at tingen skal stilles til rådighet på angitt sted. Eventuelle utgifter skal erstattes, selv om eieren har begrensede utgifter som følge av pålegget.

Sjette og sjuende ledd regulerer gjennomføringen av rekvisisjonen. Etter **sjuende ledd** kan avståelsen kreves gjennomført straks, selv om erstatning ikke er betalt eller fastsatt. Den som rekvirerer, skal i så fall sørge for å innhente de beskrivelsene og opplysningene som er nødvendige for å fastsette erstatning. Skjønn etter § 3-3 skal holdes så snart som mulig. Avståelsen kan gjennomføres ved politiets hjelp når det er nødvendig, typisk hvor den som må avstå eiendom, bruk eller annet ikke samarbeider.

Sjuende ledd bestemmer at krav om avståelse skal fremsettes skriftlig. Når avståelse har funnet sted, skal det utstedes skriftlig kvittering med nøyaktig angivelse av det som er avstått, samt tid og sted for avståelsen.

§ 3-2

Til § 3-2 *Forberedende tiltak med sikte på rekvisisjon*

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-2.

Gjeldende § 3-2 og forslag til ny § 3-2 omtales i høringsnotatets kapittel 22.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.7.

Første ledd bestemmer at de myndigheter som Kongen bestemmer, som ledd i forberedende tiltak kan peke ut fast eiendom og løsøre som skal avstås etter § 3-1. De kan også gi eier og bruker av løsøre pålegg om at tingen i nærmere angitte tilfelle skal stilles til rådighet på angitt sted. Bestemmelsen gjør det mulig å iverksette forberedende tiltak før vilkårene etter § 1-5 for å anvende fullmaktsbestemmelsen om rekvisisjon etter § 3-1 er oppfylt. Staten skal yte erstatning etter § 3-3.

Etter **andre ledd** plikter eier eller bruker å erkjenne å ha mottatt krav eller underretning om at det er gitt pålegg etter første ledd. Det kan gis pålegg til eier eller bruker om å gi

opplysninger om tingen og adgang til inspeksjon. Om nødvendig kan også tingen kreves transportert til angitt sted. Utgifter knyttet til plikter eller pålegg etter andre ledd skal ikke erstattes, med mindre Kongen bestemmer at det likevel skal ytes erstatning. Det kan for eksempel vurderes som rimelig å refundere nødvendige reiseutgifter eller andre utgifter forbundet med å flytte aktuelt løsøre til bestemt sted for inspeksjon.

Etter **tredje ledd** kan de myndighetene som er utpekt av Kongen beslutte å endre eller utbedre fast eiendom eller løsøre for å kunne benytte det til formålet. Staten skal yte erstatning etter § 3-3 for utgifter og tap ved slike endringer. Dersom det er tale om omfattende utbedringer eller endringer, kan det være mer naturlig å anse inngrepet som rekvisisjon etter § 3-1.

§ 3-3

Til § 3-3 *Erstatningsutmåling* (gjeldende § 3-3)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-3.

Gjeldende § 3-3 og forslag til ny § 3-3 omtales i høringsnotatets kapittel 22.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.7.

Første ledd forutsetter at erstatning for avståelse etter § 3-1 og for tap og utgifter ved å etterkomme pålegg etter § 3-2 i utgangspunktet skal fastsettes ved minnelig overenskomst. Dersom det ikke oppnås enighet, skal erstatningen fastsettes ved skjønn etter lov 1. juni 1917 nr. 1 om skjønn og ekspropriasjonssaker (skjønnsprosessloven).

Bestemmelsen i **andre ledd** innebærer at Kongen kan bestemme at skjønn skal avgis av de nemnder som oppnevnes etter lov 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner § 13, jf. § 14.

§ 3-4

Til § 3-4 *Om fastsettelse av takster* (gjeldende § 3-4)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-4.

Gjeldende § 3-4 og forslag til ny § 3-4 omtales i høringsnotatets kapittel 22.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-4 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.7.

Etter bestemmelsen kan departementet fastsette takster for bruk av husrom, lagerrom og løsøre og for utgifter ved å etterkomme pålegg etter § 3-1 og § 3-2 første ledd. Takstene kan fastsettes for hele riket eller for deler av det.

Det er en tilsvarende bestemmelse i sivilbeskyttelsesloven § 27 andre ledd.

Gis erstatningen etter fastsatte takster, vil det ikke være adgang til å påklage eller bringe erstatningsbeløpets størrelse inn for rettslig prøving. Lovligheten av rekvisisjonen, altså den rettslige adgangen til å rekvirere, vil imidlertid kunne bringes inn for domstolene. Det

samme gjelder spørsmålet om takstene utgjør full erstatning i henhold til Grunnloven § 105.

§ 3-5

Til § 3-5 *Samordning av rekvisisjoner* (gjeldende § 3-5)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-5.

Gjeldende § 3-5 og forslag til ny § 3-5 omtales i høringsnotatets kapittel 22.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-5 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.7.

Når militære myndigheter har rekvisisjonsrett etter lov 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner, kan Kongen bestemme om den loven § 8 skal få helt eller delvis tilsvarende anvendelse ved krav om avståelse etter helseberedskapsloven. Formålet er å legge til rette for en hensiktsmessig koordinering av rekvisisjonskravene fra ulike myndigheter.

§ 4-1

Til § 4-1 *Tjenesteplikt og beordring* (gjeldende § 4-1)

Paragrafen viderefører gjeldende i all hovedsak § 4-1, med unntak av at øvre aldersgrense for hvem som kan pålegges tjenesteplikt og beordring endres fra 65 år til 72 år. Det presiseres at pålegg om tjenesteplikt eller beordring ikke skal kunne gis til personer med vesentlig og varig nedsatt arbeidsevne som følge av helsesituasjon eller nedsatt funksjonsevne.

Gjeldende § 4-1 og forslag til ny § 4-1 omtales i høringsnotatets kapittel 19.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.6.

Fullmaktene etter paragrafen gjelder bare når betingelsene i § 1-5 er oppfylt. Dette innebærer at adgangen til rekvisisjon vil gjelde både ved kriser eller katastrofer i fredstid og ved krig eller når krig truer.

Første ledd første punktum gir arbeidsgiver hjemmel til å pålegge beordringspliktig personell å forbli i tjeneste utover ordinær arbeidstid, det vil si pålegge utvidet tjenesteplikt. Med ordinær arbeidstid menes avtalt arbeidstid etter oppsatt tjenesteplan eller turnus. I tillegg kan arbeidsgiver pålegge den ansatte arbeidsoppgaver etter den alminnelige styringsrett. Arbeidsgiver har en viss adgang til å pålegge ansatte annet tjenestested etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 c og § 2-1 d og NAV-loven § 11. Arbeidsgiverens pålegg kan bli straffesanksjonert.

Beordringspliktig personell er definert i § 1-4. Dette omfatter både norske og utenlandske statsborgere. Den enkelte arbeidsgiveren eller myndigheten som skal forberede eller beslutte beordring tar eventuelt stilling til om enkelte utenlandske statsborgere av sikkerhetsmessige grunner ikke bør tjenestegjøre i helse-, omsorgs- og sosialtjenesten ved sikkerhetspolitiske kriser eller krig.

Første ledd andre punktum gir i tillegg departementet hjemmel til å pålegge personell plikt til å møte frem på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen virksomheter loven omfatter. Bestemmelsen tar først og fremst sikte på å dekke behovet for omdisponeringer av personell på tvers av virksomheter, kommuner, fylkeskommuner og stat. Personell som beordres til arbeid på annet arbeidssted bør primært settes til samme type arbeid som de i henhold til sin arbeidskontrakt skal utføre. Tilvist arbeid må videre stå i forhold til vedkommende persons utdannelse, eventuelt spesialisering og relevant erfaring.

Arbeidsgiver og departementet har anledning til å bruke fullmaktene når vilkårene i loven § 1-5 er oppfylt. Det er derfor ingen plikt til å pålegge personell som omfattes av loven tjenesteplikt, eller til å beordre personell til å møte opp på et nærmere angitt sted. Nødvendigheten av å anvende fullmaktene på en bestemt måte for å oppnå formålet og om det er et forholdsmessig tiltak må vurderes konkret. I en slik vurdering inngår også avklaring av om formålet kan oppnås gjennom bruk av de ordinære ansvarslinjene og aktuell sektorlovgivning. Det er kun i situasjoner hvor en krises omfang, kompleksitet og alvorlighet medfører at denne ikke lar seg håndtere på en forsvarlig måte innenfor ordinær lovgivning, at det må vurderes anvendelse av fullmaktsbestemmelsene.

Etter **andre ledd** skal forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker bestå, selv om arbeidstakeren blir beordret til tjeneste utenfor arbeidsgiverens kontroll. Den som beordrer, har instruksjonsmyndighet over vedkommende arbeidstaker. Dette kan være departementet, eller andre som har fått delegert myndighet. Ut over dette skal arbeidsgiver fortsatt utbetale lønn og andre tillegg, samt foreta trekk i lønn. Hensikten er å unngå at det blir avbrudd i arbeidsforholdet og å unngå rettighetstap som følge av dette. Arbeidsgivers utgifter vil bli dekket etter § 6-1. Dette gjelder uansett om arbeidsgiveren er en offentlig eller privat virksomhet. Der den som blir beordret er selvstendig næringsdrivende, for eksempel driver egen fastlegepraksis, vil en beordring i praksis innebære at vedkommende blir underlagt offentlig instruksjonsmyndighet. Det økonomiske oppgjøret må også her foretas etter § 6-1. Bestemmelsen i andre ledd tredje punktum sier at det skal være det samme oppsigelsevern for fravær på grunn av bestemmelser i denne lov, som for militærtjeneste mv etter arbeidsmiljøloven § 15-10. Dette omfatter også fravær på grunn av øvelser.

I bestemmelsen i **tredje ledd** slås det for det første fast at gravide ikke kan pålegges utvidet tjenesteplikt eller beordres. Bestemmelsen er satt av hensyn til mor og det ufødte barn. For det annet slår bestemmelsen fast at personer ikke kan pålegges tjenesteplikt eller beordres før de fyller 18 år eller etter de har fylt 72 år. Aldersgrensen gjelder også for personell som omfattes av loven etter § 1-4 andre punktum. For det tredje presiserer bestemmelsen at pålegg om tjenesteplikt eller beordring heller ikke skal kunne gis til personer med vesentlig og varig nedsatt arbeidsevne som følge av helsesituasjon eller nedsatt funksjonsevne. Begrepet «vesentlig og varig» innebærer at forbigående eller lettere nedsatt arbeidsevne ikke vil gi grunnlag for fritak fra pålegg.

Fjerde ledd første punktum fritar personer som alene har omsorgen for barn under 16 år eller for personer med nedsatt funksjonsevne fra å kunne pålegges utvidet tjenesteplikt

eller beordring ved kriser eller katastrofer i fredstid. Med barn under 16 år menes person som ikke har fylt 16 år. Formålet med bestemmelsen er at personer med funksjonsnedsettelse som er helt avhengig av personlig assistanse og tilrettelegging ikke skal fratas dette og etterlates i hjelpeløs tilstand. Begrepet omfatter alle former for funksjonsnedsettelser, herunder bevegelseshemming, hørselshemming, synshemming, psykisk funksjonshemming og skjulte funksjonshemminger.

Dersom begge foreldrene har omsorgsansvar som omfattes av fjerde ledd, skal bare en av dem kunne pålegges utvidet tjenesteplikt eller beordres.

Fjerde ledd andre og tredje punktum bestemmer at man i krig eller når krig truer så langt som mulig bør søke å unngå å pålegge den som alene har omsorgen for barn under 16 år eller barn med funksjonsnedsettelser utvidet tjeneste eller beordring. Dersom en av foreldrene pålegges tjenesteplikt i Forsvaret, anses den annen forelderå være alene om omsorgen. Dersom pålegg likevel gis, er den som gir pålegget ansvarlig for å skaffe nødvendig omsorgsavlastning. Utgiftene ved nødvendig omsorgsavlastning skal i utgangspunktet dekkes av staten. Departementet kan imidlertid pålegge kommuner og fylkeskommuner å yte hel eller delvis refusjon av utgiftene.

Femte ledd bestemmer at tjenesteplikten bare gjelder i den utstrekning mobiliseringsdisponering i Forsvaret ikke er til hinder for det. Det betyr at verneplikt i det militære forsvaret går foran tjeneste- og beordringsplikt etter denne loven.

Arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid får etter bestemmelsen i **sjette ledd** ikke anvendelse ved pålegg etter bestemmelsens første ledd. Tjenesteplikten gjelder uavhengig av tidligere utført overtidarbeid og begrenses ikke av de alminnelige bestemmelsene om lengden av overtidarbeid. Pålagt overtid bør søkes begrenset til et minimum, både av hensyn til den enkelte arbeidstaker og av hensyn til krisehåndteringsevnen.

§ 4-2

Til § 4-2 *Forberedende tiltak, registrerings- og øvelsesplikt* (gjeldende § 4-2)

Paragrafen viderefører gjeldende § 4-2.

Gjeldende § 4-2 og forslag til ny § 4-2 omtales i høringsnotatets punkt 19.4.6

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.6.

For raskt å kunne gjennomføre et pålegg om utvidet tjenesteplikt og beordring, må arbeidsgiver ha oversikt over aktuelt personell. Personellet må på sin side må være best mulig forberedt og ha den nødvendige kompetansen for oppgaven. Dette må forberedes i fredstid og før en krise eller katastrofe er inntrådt.

Første ledd gir hjemmel for registrering og forhåndsdisponering og pålegger personell en plikt til å medvirke til registreringen. Bestemmelsen hjemler også en plikt for personell til å delta på kurs og øvelser av inntil tre ukers varighet, med mindre personellet er styrkedisponert av Forsvaret.

Bestemmelsen i **andre ledd** skal beskytte mot tap av rettigheter i arbeidsforholdet som følge av deltagelse på øvelser eller kurs, herunder vern mot oppsigelse. Det vises til merknadene til § 4-1 andre ledd.

For å gjennomføre registreringsordningen på en effektiv måte, kan det være nødvendig å gi utfyllende bestemmelser. Dette gjelder særlig bestemmelser om hvem som skal registreres, hvilke opplysninger som skal registreres, kontroll og ajourføring av registeret, innsynsrett, ansvars- og eierforhold, samkjøring med andre registre (kobling) ol. Etter **tredje ledd** kan departementet gi nærmere bestemmelser om slike forhold.

§ 5-1

Til § 5-1 *Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling* (gjeldende § 5-1)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-1.

Gjeldende § 5-1 og forslag til ny § 5-1 omtales i høringsnotatets kapittel 17.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.4.

Første punktum gir departementet mulighet til, dersom vilkårene etter loven § 1-5 er oppfylt, å pålegge virksomheter å ta imot og å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester til personer som virksomheten ellers ikke har plikt til å motta eller å yte tjenester til. Ved større kriser og katastrofer vil det være nødvendig å samarbeide og koordinere den samlede ressursinnsatsen. Samarbeid og koordinering vil være viktig for å vurdere krisen og innsatsbehovet helhetlig, for å effektivisere tjenesteinnsatsen og for å foreta nødvendige prioriteringer. Som eksempel kan man se for seg at det besluttet at en kommune pålegges å ta imot og yte tjenester til pasienter eller brukere fra en nabokommune. Departementet kan videre beslutte at enkelte tjenester som normalt ytes av spesialisthelsetjenesten skal ytes av en eller flere kommuner for en periode, for eksempel alle kommuner i helseregionen. Det kan også være aktuelt å bestemme at ett helseforetak skal ta hovedansvaret for å yte spesialisthelsetjenester ved en konkret krise, mens øvrige pasienter skal fordeles til andre helseforetak.

Helseberedskapsloven § 5-1 gir adgang til å disponere ressurser på tvers av kommuner, på tvers av kommune og fylkeskommune, mellom kommuner og sykehus, og mellom sykehus. Bestemmelsen gir også hjemmel til å kunne tillempe ansvaret for de ulike oppgavene innen helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, på tvers av kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Bestemmelsen åpner for at staten kan beslutte at ett sykehus skal ta hovedansvaret for ytelse av spesialisthelsetjenester ved en konkret krise eller katastrofe, herunder beslutte at øvrige pasienter skal fordeles til andre sykehus innenfor helseregionen eller i andre helseregioner. Dette vil bidra til å sikre at de samlede ressursene blir brukt på den mest effektive måte.

Ved at bestemmelsen får anvendelse for alle virksomheter loven gjelder for etter § 1-3, vil myndigheten til å gi pålegg også gjelde overfor private virksomheter.

Etter *andre punktum* kan departementet bestemme at en virksomhets ressurser, herunder personellressurser, skal stilles til rådighet for en annen virksomhet. Det kan for eksempel besluttes at relevant personell i en kommune skal stilles til rådighet for en nabokommune, mot at denne skal sørge for å yte tjenester til begge kommunenes innbyggere. Et annet eksempel kan være at departementet beslutter at helsepersonell innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal stilles til rådighet for et regionalt helseforetak.

§ 6-1

Til § 6-1 *Omlegging og omsetningsrestriksjoner* (gjeldende § 5-2)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-2.

Gjeldende § 5-2 og forslag til ny § 6-1 omtales i høringsnotatets kapittel 18.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.5 og Prop. 127 L (2022-2023) punkt 5.5.

Etter *første punktum* kan departementet pålegge virksomheter som er omfattet av loven å legge om driften, utvide driften eller flytte virksomheten når betingelsene i § 1-5 er oppfylt. Bestemmelsen tar sikte på situasjoner hvor det ikke er noen ledig kapasitet, eller hvor behovet øker raskt og utover tilgjengelig kapasitet. Flytting av virksomheten vil særlig kunne være aktuelt i forbindelse med evakuering under krig.

Med *omlegging av driften* tenkes særlig på beslutninger som innebærer at virksomheten for en periode skal ned- eller bortprioritere deler av de tjenester som virksomheten normalt skal sørge for. Innenfor helse- og omsorgstjenesten kan dette typisk innebære at helse- og omsorgstjenester som kan vente, utsettes. Slik omlegging av tjenesten vil gjøre det mulig å øke kapasiteten. Omlegging av driften kan også skje i form av organisatoriske og bemanningsmessige endringer som gjør at virksomheten får større kapasitet til å yte den type tjenester som den foreliggende krisen skaper økt behov for.

Med *utvidelse av driften* tenkes det særlig på beslutninger som setter tjenesten i stand til å behandle et større antall pasienter eller brukere sammenlignet med normalsituasjonen. Dette kan for eksempel skje ved utvidede åpningstider eller at tilleggsarealer tas i bruk for å få plass til økt pasienttilgang.

Flytting av virksomhet kan for eksempel skje ved at materiell og personell fra et sykehus eller en eller flere sykehusavdelinger besluttes flyttet til et annet sykehus eller inn i andre egnede lokaler. Den virksomheten som flyttes vil fortsatt ha ansvaret for gjennomføringen av de oppgavene som ligger til virksomheten, med mindre noe annet besluttes. Adgangen til å flytte virksomheten må sees i sammenheng med fullmaktsbestemmelsen i loven § 5-1, som gir adgang til heller å beslutte at pasienter skal motta tjenester fra et annet sykehus eller en annen kommune enn i normalsituasjonen.

Etter *andre punktum* kan vannverk, apotek, grossister og tilvirkere av legemidler og bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr pålegges å innføre restriksjoner på omsetningen og rasjonere varer. Dette kan for eksempel gjelde rasjonering

av legemidler eller begrensninger i adgangen til å utføre ressurskrevende prøver og undersøkelser som ikke har påviselig nytteeffekt.

§ 6-2

Til § 6-2 *Forberedende tiltak med sikte på omlegging og omsetningsrestriksjoner* (gjeldende § 5-3)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-3.

Gjeldende § 5-3 og forslag til ny § 6-2 omtales i høringsnotatets kapittel 18.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 9.5.

Etter § 6-2 er *departementet* gitt myndighet til å pålegge virksomhetene å utføre nærmere bestemte forberedelser for å kunne gjennomføre tiltak etter § 6-1.

Virksomhetene skal ha planer for omlegging, utvidelse og eventuell evakuering av virksomheten. Det vises til merknadene til § 2-2 om krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid. Med forberedende tiltak etter denne bestemmelsen menes noe mer enn alminnelig planplikt. Departementet kan pålegge en eller flere virksomheter loven omfatter konkrete tiltak for å sikre en rask og effektiv gjennomføring av omlegging av tjenestene eller innføring av omsetningsrestriksjoner. Forberedende tiltak med sikte på omsetningsrestriksjoner kan for eksempel være at myndighetene gis innsyn i lagerstatus hos markedsaktører som apotek, grossister eller tilvirkere, for å kunne vurdere den totale tilgangen til medisinsk utstyr.

Gjennomføring av de fleste slike tiltak vil kreve til dels omfattende planlegging og forberedelser. Generelt må virksomhetene vite hvem som skal utføre de forskjellige oppgavene og sørge for at nødvendig materiell, utstyr, husrom, transport og personell er tilgjengelig.

§ 7-1

Til § 7-1 *Adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning (derogasjon)* (gjeldende § 6-2 andre ledd)

Paragrafen viderefører tidligere helseberedskapslov § 6-2 andre ledd, men innebærer utvidelse av virkeområdet, introduserer nye vilkår og regulerer forholdet til Stortinget nærmere. Endringene består i hovedsak av språklige presiseringer, åpning for å fravike også tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter, lovfesting av legitime formål, krav om at formålene ikke vil kunne oppnås ved ordinær lovbehandling, krav om nødvendighet og forholdsmessighet, overføring av myndigheten til Kongen i statsråd og nye prosessuelle regler for involvering av Stortinget i tråd med det som gjelder etter smittevernloven.

Gjeldende § 6-2 og forslag til ny § 7-1 omtales i høringsnotatets kapittel 23.

Det materielle innholdet i gjeldende § 6-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 11.1.

Første ledd bestemmer at Kongen i statsråd kan fastsette midlertidige forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen. Dette forutsetter at vilkårene i § 1-5 om når fullmaktsbestemmelsene i loven gjelder, er oppfylt. På samme vilkår kan det fastsettes midlertidige forskrifter som fraviker tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter i helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.

Myndigheten til å fravike lov ved forskrift er lagt til Kongen i statsråd. Det utelukker at myndigheten kan delegeres til departementet eller andre underliggende organer.

Henvisningen til § 1-5 innebærer at fullmaktsbestemmelsen får anvendelse «når riket er i krig eller når krig truer» eller ved «kriser eller katastrofer i fredstid som har inntrådt eller som med stor sannsynlighet vil inntreffe i nærmeste fremtid». Se nærmere omtale av disse vilkårene i spesielle merknader til § 1-5.

Etter *første ledd første punktum* kan det gis forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.

Med begrepet «drift» siktes det i hovedsak til det å drive eller styre en virksomhet, institusjon eller en tjeneste. Dette kan for eksempel gjelde den samlede helse- og omsorgstjenesten i en kommune eller en mindre del av den samlede virksomheten, for eksempel en kommunal helsestasjon. Et eksempel innenfor spesialisthelsetjenesten kan være et helseforetak, et sykehus eller en avdeling eller sengepost på sykehuset.

Begrepet «drift» kan gjelde den daglige driften av virksomhet, institusjon eller tjeneste, men også drift sett i et lengre tidsperspektiv. Drift kan forstås som det å holde en virksomhet i gang og hvordan ulike tjenester innenfor virksomhetens ansvarsområde produseres, tilbys eller ytes. Drift kan videre forstås som det å sørge for at virksomheten, institusjonen eller tjenesten fungerer effektivt, herunder det å planlegge og administrere de daglige oppgavene og rutiner som er nødvendige for at ulike tjenester innenfor virksomhetens ansvarsområde kan ytes fra dag til dag.

Helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen inneholder få spesifikke krav til hvordan ulike virksomheter eller tjenester skal organiseres eller driftes. Helt overordnet vil plikt til å sørge for forsvarlige tjenester legge føringer for hvordan virksomheter eller tjenester skal driftes, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd første punktum og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 første punktum. Selv om forsvarlighetsplikten normalt vil oppfattes som en plikt til å sørge for at den enkelte pasient eller bruker mottar rett tjenester av forsvarlig omfang og kvalitet til rett tid, vil måten man driver ulike virksomheter eller tjenester på kunne ha stor betydning for om man klarer å overholde forsvarlighetsplikten. Et annet eksempel som mer direkte retter seg mot krav til driften, kan være helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd som stiller krav om at «kommunen [skal] ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog» for å oppfylle sitt ansvar etter loven § 3-1.

Begrepet «*organisering*» sikter grovt sett til den prosessen som gjennomføres for å ordne eller innrette ulike deler av en virksomhet, tjeneste eller individer på en hensiktsmessig måte, slik at de virker som en helhet. Organisering kan slik sett bety fordeling av ansvar eller oppgaver innad i en organisasjon, å tilrettelegge, koordinere eller sette i system hvordan oppgaver skal løses eller hvordan tjenester skal produseres, tilbys eller ytes. Organisering vil slik sett også definere den enkelte ansattes plassering i organisasjonen, hva som er den enkeltes ansvarsområder, oppgaver og myndighet og hvilke over- og underordningsforhold som gjelder i organisasjonen.

Begrepet «*organisering*» kan gjelde bare innad i en virksomhet, og da både virksomhetens ulike deler for seg og hver enkelt del sett i sammenheng med virksomhetens øvrige deler. Et eksempel på dette vil være hvordan et sykehus er organisert i ulike divisjoner, avdelinger eller sengeposter, basert på medisinske fagområder.

Begrepet «*organisering*» kan også gjelde den enkelte virksomhets organisering eller avgrensning mot andre virksomheter som driver innenfor samme sektor eller tilgrensende fagområder. Et eksempel på dette kan være den funksjonsfordelingen som ofte skjer mellom sykehus, blant annet at ett sykehus kan ha lands- eller regionsfunksjon for ulike fagområder som de øvrige sykehusene ikke har.

Med «*organisering*» kan det også siktes til hvordan ulike tjenester fordeles mellom tjenestenivåene, henholdsvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den statlige spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd bestemmer at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Tilsvarende følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 og § 2-1 a at staten og det regionale helseforetaket skal sørge for at personer innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

Det vil være tett sammenheng og overlapp mellom begrepene «*organisering*» og «*ansvarsforhold*», og i mange sammenhenger vil dette være to sider av samme sak.

«*Ansvar*» eller «*ansvarlighet*» innebærer i juridisk sammenheng å ha rettslig ansvar for en handling, herunder også rettslig ansvar for å unnlate å utføre nærmere definerte handlinger. Begrepet «*ansvarsforhold*» brukes ofte for å beskrive forholdet mellom en person, gruppe, organisasjon eller institusjon og deres ansvar for noe, med andre ord hvordan ansvaret er fordelt. Fordeling av ansvar kan for det første gjelde internt i den enkelte virksomhet, for eksempel innad i det enkelte sykehus eller de ulike sykehusavdelingene. Også innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil det gjelde klare retningslinjer for hvilke oppgaver eller tjenester de ulike kommunale etatene eller sektorene skal sørge for. For det andre, kan fordeling av ansvar skje mellom tjenestenivåene eller forvaltningsnivåene. I denne forbindelse siktes det særlig til hvilket tjenestetilbud som henholdsvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal sørge for at befolkningen får.

I tillegg til at ansvar eller ansvarsforhold kan følge av lov, kan ansvaret for å tilby en tjeneste følge av avtale. Et eksempel på dette er når et regionalt helseforetak inngår avtale

med en privat aktør om å yte tjenester på vegne av det offentlige. Det regionale helseforetaket vil fortsatt ha sørge for-ansvaret for at tjenesten tilbys, mens den private avtaleparten har ansvar for å utføre tjenesten i samsvar med inngått avtal

Ette *første ledd andre punktum* kan det fastsettes forskrifter som fraviker tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter i helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen. Dette innebærer en utvidelse sammenlignet med tidligere helseberedskapslov.

Helseberedskapsloven kapitler 3 til 5 åpner blant annet for rekvisisjon, tjenesteplikt og beordring, endret ansvars-, oppgave- og ressursfordeling og omlegging av driften.

Anvendelse av disse fullmaktene vil i mange situasjoner kunne skje uten at det samtidig er nødvendig å gi forskrifter som fraviker konkrete tjenesteplikter i lov. I gitte situasjoner vil imidlertid anvendelse av fullmaktene, og særlig adgangen til å beslutte endret ansvars- og oppgavefordeling eller omlegging av driften, kunne innebære at det ikke lenger vil være mulig å yte tjenestene i tråd med det som følger av den ordinære tjenestelovgivningen. I slike situasjoner kan det være nødvendig å fravike konkrete tjenesteplikter i lov. Som eksempel kan det i alvorlige helsekriser være nødvendig å beslutte at enkelte kommunale tjenester ikke lenger skal ytes i samme omfang som i en normalsituasjon, eller at enkelte typer tjenester skal ytes av andre personellgrupper enn det som gjelder i normalsituasjonen. Et annet eksempel kan være at enkelte typer tjenester som i normalsituasjonen ytes av spesialisthelsetjenesten, i en krisesituasjon må ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som ytterligere eksempel kan det i krig være en så stor økning i antall skadde og sårede personer, at hverken spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten klarer å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester av samme omfang eller kvalitet som de i normalsituasjoner yter til ulike pasient- og brukergrupper.

Med «tjenesteplikter» menes både individuelle eller personlige tjenesteplikter og tjenesteplikter som retter seg mot virksomheter eller institusjoner. En lang rekke lover pålegger tjenesteplikter for virksomheter som omfattes av helseberedskapsloven. Det er enten plikter som er pålagt virksomhetens eier som sådan, eller plikter som vil gjelde for personellet som arbeider innenfor virksomheten eller som etter avtale yter tjenester på vegne av virksomheten. Slike plikter er primært lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, tannhelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og sosialtjenesteloven, i tillegg til en rekke andre lover som nevnt i høringsnotatets punkt 23.4.8.

Individuelle eller personlige plikter som gjennom lov er pålagt personer som arbeider innenfor virksomheter som omfattes av helseberedskapsloven, følger som en konsekvens av en arbeidsavtale eller et arbeidsforhold. Det kan gjelde plikt til å gjennomføre bestemte handlinger eller arbeidsoppgaver eller plikt til å unnlate å utføre bestemte handlinger. Individuelle eller personlige plikter, som krav til forsvarlig yrkesutøvelse, taushetsplikt og opplysningsplikt, er særlig pålagt etter helsepersonelloven og sosialtjenesteloven.

Hjemmelen til å fastsette forskrifter som fraviker pasient- og brukerrettigheter åpner for å fravike lov som innebærer midlertidig suspensjon av enkeltpersoners lovfestede

rettigheter, eventuelt at det modifiseres hvordan rettighetene kan oppfylles. Pasient- og brukerrettigheter følger primært av pasient og brukerrettighetsloven, tannhelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Det er adgang til å fravike bestemmelser av både materiell og prosessuell art. Dette vil også gi virksomhetene større frihet til å foreta hensiktsmessige omstillinger når det gjelder ansvars- og oppgavefordeling, og til å foreta helhetlige prioriteringer ved ytelse av helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester.

I en krigssituasjon med mange sårede og skadde, må helse- og omsorgstjenesten omorganisere og innrette sin virksomhet mot å primært ivareta Forsvarets behov. Ved alvorlige pandemier, naturkatastrofer eller flyktningkriser kan det i perioder oppstå en pasientpågang som langt overskrider det normale. I slike situasjoner kan helse- og omsorgstjenestens kapasitet til å tilby tjenester på samme måte som i en normalsituasjon bli utfordret. Dette vil igjen kunne påvirke tjenestenes mulighet for å oppfylle lovfestede rettigheter fullt ut.

Ordninger som individuell plan, koordinator, kontaktlege og barnekoordinator skal bidra til å sikre forsvarlige og koordinerte tjenester, men legger samtidig beslag på personellressurser til administrasjon og saksbehandling. Opprettholdelse av slike ordninger i samme omfang som i en normalsituasjon, vil i en krisesituasjon kunne begrense tjenestenes mulighet til å foreta nødvendige og hensiktsmessige prioriteringer. Det er også grunn til å anta at det i situasjoner med svært stor pasientpågang vil kunne oppstå kapasitetsutfordringer innenfor enkelte deler av helse- og omsorgstjenesten, mens kapasiteten ikke utfordres i like stor grad innenfor andre deler av tjenestene. I slike situasjoner kan det oppstå behov for å omplassere personell fra ett tjenesteområde til et annet, noe som igjen vil kunne påvirke muligheten for å oppfylle pasient- og brukerrettigheter fullt ut.

Departementet legger til grunn at eventuelle unntak fra rettighetsbestemmelser ikke skal gå lenger enn det som er nødvendig for å oppnå de formålene som unntakene begrunnes med. Slik sett vil det også måtte vurderes om eventuelle unntak fra rettighetsbestemmelser skal begrenses til utvalgte pasient- eller brukergrupper, for eksempel at rett til å få (og plikt til å tilby) koordinator begrenses slik at retten ikke gjelder for voksne eller for grupper som vurderes å ha mindre behov for koordinator. Det må løpende vurderes hvilke tilpasninger og unntak som er nødvendige og forholdsmessige for å sikre at helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten får et tilstrekkelig handlingsrom til å håndtere den foreliggende situasjonen. Dersom det ikke lenger er behov for å gjøre unntak, må unntaket oppheves.

Andre ledd bestemmer at forskrifter som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen bare kan fastsettes dersom dette enten er nødvendig for å ivareta befolkningens liv og helse eller for å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen ikke overskrides.

Bestemmelsen tydeliggjør at fravikelse av lov bare er aktuelt dersom krisen eller katastrofen ikke kan håndteres på en forsvarlig og tilstrekkelig effektiv måte ved bruk av tilgjengelige helse- og omsorgstjenesteressurser, innenfor de hjemlene som ellers følger av helseberedskapslovens øvrige fullmaktsbestemmelser eller annen gjeldende lovgivning.

Kravet til nødvendighet innebærer for det første at tiltaket kun kan gjennomføres dersom det er egnet eller passer som middel til å oppnå det konkrete tiltakets formål. Det må vurderes som sannsynlig at formålet kan oppnås ved fravikelse av den eller de lovbestemmelsene som er aktuelle. Det innebærer videre at et alternativt tiltak må velges dersom det alternative tiltaket ivaretar formålet like godt og effektivt, men på en mindre inngripende måte. Dette handler om at tiltak ikke skal gå lenger enn det som er nødvendig i den konkrete situasjonen. Når det gjelder valget om å fastsette forskrifter som fraviker lov i stedet for å velge andre virkemidler, skal andre virkemidler velges dersom de er egnet til å oppfylle samme formål på en måte som er i overensstemmelse med gjeldende regelverk.

Krav om nødvendighet kan ikke tolkes for strengt når det gjelder sannsynlighet for at de tiltakene man gjennom slike forskrifter skaffer seg hjemmel for, faktisk vil oppnå de formålene som bestemmelsen krever. Det kan vanskelig kreves sikker kunnskap om at man ved fravikelse av lov faktisk vil oppnå formålene om å ivareta befolkningens liv og helse eller at man effektivt vil bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen. I en hastefullmakt er det viktig at det ikke oppstilles vilkår som forutsetter omfattende og tidkrevende vurderinger. I et scenario der det er nødvendig å reagere raskt for å håndtere en ventet eller pågående helsekrise, må beslutninger tas under usikkerhet. Det må i en slik vurdering være tilstrekkelig at de tiltak som det søkes å skaffe hjemmel for, etter en forsvarlig medisinsk og helsefaglig vurdering sannsynligvis vil være nødvendig for å oppnå formålene, enten alene eller i kombinasjon med andre tiltak som er eller kan iverksettes med hjemmel i lovens øvrige fullmaktsbestemmelser. Vurderingen må tas med bakgrunn i den situasjon som forelå på tidspunktet tiltaket eller tiltakene ble iverksatt.

Heller ikke ved vurderingen av om man innenfor gjeldende regelverk har nødvendige hjemler for de tiltakene man ønsker å iverksette, eller om det vil være tid til en ordinær lovprosess, kan det kreves absolutt sikkerhet. Det må imidlertid foretas en forsvarlig rettslig vurdering av eksisterende hjemlers rekkevidde og deres egnethet til å håndtere den foreliggende situasjonen. Dersom man bare delvis har hjemmel til å iverksette de tiltakene man ønsker, kan nødvendighetskravet etter en konkret vurdering kreve at man først iverksetter disse og deretter vurderer om de ønskede formålene i tilstrekkelig grad ble oppnådd gjennom eksisterende hjemler.

For å ivareta befolkningens liv og helse etter *andre ledd bokstav a*, kan det for eksempel være nødvendig å iverksette tiltak for å hindre alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og for å hindre at konsekvensene av slik sykdom blir for store. Sykdom kan medføre tapt livskvalitet ved smerte og lidelse, nedsatt helsefunksjon og død, men også fordi et utbrudd som i stor grad påvirker befolkningens liv og helse samtidig kan påvirke samfunnets evne til å sikre grunnleggende og kritiske samfunnsfunksjoner. Bortfall av, eller redusert evne til å opprettholde, kritiske samfunnsfunksjoner vil raskt kunne få store konsekvenser for befolkningen. Et unormalt stort sykefravær innenfor helse- og omsorgstjenesten vil kunne få store konsekvenser for tjenestens evne til å tilby øyeblikkelig eller nødvendig helsehjelp til befolkning. Tilsvarende vil unormalt stort

sykefravær kunne påvirke blant annet matproduksjon, elektrisitetsforsyning, vannforsyning og offentlig kommunikasjon.

Også ved krig eller omfattende masseskadesituasjoner som følge av naturkatastrofer eller alvorlige miljøhendelser kan det være behov for særskilte tiltak for å «ivareta befolkningens liv og helse». Antall sårede eller skadde kan i slike situasjoner bli så stort at det er nødvendig å gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning for å kunne tilby nødvendig helsehjelp til befolkningen. Tilsvarende kan det i slike situasjoner også oppstå behov for å gjøre unntak fra ellers gjeldende tjenesteplikter eller pasient- og brukerrettigheter.

Etter *andre ledd bokstav b* skal det også være adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, dersom dette er nødvendig for å «bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen ikke overskrides».

Ivaretagelse av helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for slike tjenester vil være en avgjørende forutsetning for å kunne «ivareta befolkningens liv og helse». Dersom disse formålene kan ivaretas innenfor gjeldende regelverk, vil det ikke være adgang til å anvende fullmaktsbestemmelsen med hjemmel i dette alternativet.

Selv om en sykdom eller lidelse kan oppleves mindre alvorlig for den enkelte som rammes, vil likevel forekomst av slik sykdom være alvorlig dersom svært mange rammes. I slike tilfeller vil omfanget av pasienter og den totale innsatsen som helse- og omsorgstjenesten av den grunn iverksetter, kunne påvirke tjenestens kapasitet i et slikt omfang at det får betydning for tjenestens tilbud til andre pasientgrupper. Dette vil spesielt kunne få konsekvenser for sårbare grupper med underliggende sykdommer som generelt er mer sårbare for økt belastning på helse- og omsorgstjenesten.

Hvilke tiltak som skal iverksettes for å sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen, vil måtte vurderes konkret basert på den foreliggende helsekrisen. Det mest nærliggende vil være å forskriftsfeste adgang til å gjøre unntak fra ellers gjeldende tjenesteplikter eller pasient- og brukerrettigheter for å sikre at helse- og omsorgstjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen.

Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom eller masseskadesituasjoner som følge av krig, naturkatastrofer eller alvorlige miljøhendelser kan antall sårede, skadde eller syke bli så stort at det er nødvendig å prioritere strengt hvordan helse- og omsorgstjenester samlede ressurser skal benyttes. Dette kan få betydning for hvem som skal yte ulike tjenester, hva slags tjenester som skal ytes og om enkelte tjenester bare skal ytes til nærmere bestemte pasient- og brukergrupper. Den eksisterende adgangen til å gi forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning åpner for at man kan beslutte å organisere tjenesten på en annen måte enn ved normalsituasjonen. Det kan for eksempel innebære at konkrete tjenester som i dag skal ytes fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten for en periode i stedet skal ytes fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne avlaste den kommunale helse- og

omsorgstjenesten i den perioden som krisen pågår. Motsatt, kan det også etter omstendighetene være behov for at konkrete tjenester som i dag skal ytes fra spesialisthelsetjenesten for en periode i stedet skal ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Forskriftsfestede unntak fra ellers gjeldende prosessuelle og materielle tjenesteplikter eller pasient- og brukerrettigheter kan også bidra til å hindre at tjenestens samlede kapasitet overbelastes. Det kan for eksempel besluttes at visse typer tjenester for en periode ikke lenger skal ytes eller at tidspunkt for ytelse av tjenester forskyves. Ved krig vil helse- og omsorgstjenestens virksomhet måtte omlegges for å kunne yte støtte til Forsvaret, i form av blant annet behandling av skadde soldater og sivile. For å frigjøre kapasitet til dette, kan det bli nødvendig å redusere sivilbefolkningens rettigheter. Det kan for eksempel bli aktuelt å beslutte at helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten kun skal bistå Forsvaret og ivareta øyeblikkelig hjelp til sivilbefolkningen, mens andre tjenester bare ytes i den grad det er kapasitet til dette.

Tredje ledd bestemmer at forskrifter etter første ledd bare kan fastsettes dersom helsekrisen ikke kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning og bare dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling.

Hvorvidt man helt eller delvis har tilstrekkelig hjemmel innenfor eksisterende lovgivning, eller om det vil være tid til å gjennomføre en ordinær lovprosess, vil avhenge av den konkrete situasjonen. Vilkårene skal ikke forstås for strengt. Det kan særlig være vanskelig å vurdere graden av hast i innledende faser av en alvorlig helsekrise, hvor kunnskapen om krisens forventede omfang og alvorlighet kan være begrenset. Samtidig vil behovet for å handle raskt i særlig grad gjelde i starten av en helsekrise, hvor det kan være stor usikkerhet både knyttet til krisens skadeevne og hvordan krisen vil utvikle seg på kort eller lang sikt. Graden av hast vil blant annet ha betydning for hvor inngående vurderinger man har tid til å gjennomføre.

Fjerde ledd bestemmer at beredskapsloven §§ 3 og 4 gjelder tilsvarende.

Ved bruk av fullmakten følger det av beredskapsloven § 3 andre ledd første punktum at bestemmelsene skal «snarest mulig meddeles Stortinget». Etter andre ledd andre punktum skal Stortinget øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis, og etter tredje punktum kan bestemmelsene oppheves av Kongen eller Stortinget. I tredje ledd står det at «[s]åfremt bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget, skal de snarest mulig legges fram som lovforslag». Det følger av beredskapsloven § 4 andre ledd at bestemmelsene faller bort ved oppløsningen av det første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt, dersom de ikke tidligere er opphevet.

Ved en nasjonal helsekrise hvor det vurderes som nødvendig å anvende fullmaktsbestemmelsen, vil regjeringen måtte ha tett og løpende kontakt med Stortinget og sørge for at det er tilstrekkelig opplyst om situasjonen i sin helhet. Adgangen for et

regjeringsmedlem til å be om å gi en muntlig redegjørelse for Stortinget, vil være ett av flere aktuelle virkemidler som det kan være naturlig å bruke i denne sammenheng.

Når myndighet til å anvende bestemmelsen er lagt til Kongen i statsråd, vil departementet måtte utforme en kongelig resolusjon hvor det redegjøres for behovet for å anvende fullmaktsbestemmelsen i den aktuelle situasjonen. Den kongelige resolusjonen vil også måtte inneholde begrunnelsen for vedtaket, samt vurderinger av den nærmere innretning og avgrensning av vedtaket og hvorfor vedtaket vurderes nødvendig og forholdsmessig. Dette betyr også at det må redegjøres for hvilke forskrifter med lovs innhold det vurderes nødvendig å fastsette eller hvilken lovgivning det vurderes nødvendig å fravike ved forskrift (derogasjon). Det vil også måtte redegjøres for hvorfor mindre inngripende tiltak vurderes som utilstrekkelige.

En slik kongelig resolusjon vil kunne være utgangspunkt for meddelelsen til Stortinget, enten alene eller supplert med ytterligere dokumentasjon fra departementet selv eller i form av underlagsdokumentasjon fra underliggende etater og andre som har ligget til grunn for departementets vurderinger og tilråding. Kravene til begrunnelsen vil kunne påvirkes blant annet av den tiden som står til rådighet og den graden av usikkerhet som foreligger. I gitte situasjoner kan det også være hensiktsmessig med en kombinasjon av skriftlig og muntlig redegjørelse overfor Stortinget, blant annet ved at et regjeringsmedlem kan be om å få gi en muntlig redegjørelse for Stortinget.

§ 7-2

Til § 7-2 *Krav om forholdsmessighet ved fastsettelse av forskrifter* (ny)

Paragrafen er ny.

Forslag til ny § 7-2 omtales i høringsnotatets punkter 23.4.9 og 23.4.10.

Etter *bestemmelsens første punktum* skal forskrifter som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen i medhold av § 7-1 være forholdsmessige. Dette forholdsmessighetskravet går ut på at fordelene ved eller nytten av tiltaket må overstige de ulempene den enkelte vil oppleve på grunn av tiltaket. Dette kan omtales som et rimelighetskrav eller et proporsjonalitetskrav. Tiltakets innvirkning for de som rammes, må ikke stå i et misforhold med tiltakets formål, selv om tiltaket i og for seg er egnet og nødvendig. Det vil være relevant å både vurdere sannsynligheten for at målet med tiltaket blir realisert og å veie hensynene som gjør seg gjeldende opp mot hverandre. Inngrepets karakter og påvirkning på den enkelte vil stå sentralt i vurderingen. Det vil også være relevant å ta hensyn til eventuelle kompenserende tiltak for den som rammes.

Det må videre tas hensyn til den situasjonen som har foranlediget behovet for å anvende fullmaktsbestemmelsen. Betingelsene etter loven § 1-5 må være oppfylt for å kunne anvende fullmaktsbestemmelsen, og i tillegg er det i § 7-1 andre ledd angitt for hvilke formål det vil være adgang til å fravike lov. Dette forutsetter at man befinner seg i en situasjon hvor fundamentale offentlige og private interesser er i spill. Dette må få vektig betydning for vurderingen av om det enkelte vedtak er forholdsmessig overfor den enkelte.

Forholdsmessighetsvilkår som absolutt skranke for fravikelse av lov som besluttes i medhold av fullmaktsbestemmelsen vil oppfylle menneskerettslige forpliktelser om forholdsmessighet ved eventuelle begrensninger i beskyttede rettigheter.

Forholdsmessighetskravet er fleksibelt i den forstand at terskelen for et tiltaks gyldighet vil variere med den konkrete situasjonen, arten av tiltaket og hvordan det påvirker de som rammes.

Etter *bestemmelsens andre punktum* skal blant annet hensynet til barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser vurderes og avveies ved utforming og iverksetting av forskrifter som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.

For tiltak som berører barn, stiller Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 3 krav om at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn. Bestemmelsen synliggjør viktigheten av å vurdere barnets beste, og følger opp Stortingets vedtak i behandlingen av Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring, jf. Innst. 151 S (2024-2025), om «en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering».

Det er viktig at vurderingene av samfunnsmessige konsekvenser og barnets beste blir helhetlige, står seg over tid og er basert på et godt kunnskapsgrunnlag.

Barns beste forutsetter beskyttelse både mot alvorlig sykdom som følge av smittespredning, og mot uforholdsmessige tiltak i krig og krise. Det er blant annet viktig å ta høyde for at en allmennfarlig smittsom sykdom kan tenkes å ramme særlig barns liv og helse. Dette var for eksempel tilfellet for spanskesyken under første verdenskrig og svineinfluensa i 2009. I så fall kan barns beste samlet sett være at det legges størst vekt på hensynet til deres egen helse.

Hensynet til barnets beste skal ha stor vekt, men verken barnekonvensjonen eller helseberedskapsloven § 7-2 vil stille krav om at hensynet til barns beste skal være det avgjørende hensynet i alle tilfeller. I noen tilfeller vil også hensynet til barns beste trekke i ulike retninger. Uansett er det viktig å få frem eventuelle interessekonflikter og konsekvenser av ulike valg, og vise tydelig i vurderingen hvordan barnets beste er tatt hensyn til. Det er viktig å vurdere forslag som reduserer negative konsekvenser for barn og ivareta barnas sammensatte behov.

En vurdering av konsekvenser for barn forutsetter ofte kunnskap fra flere sektorer. Det vil derfor være nødvendig at helsemyndigheter, utdanningssektoren og andre relevante aktører samarbeider om å belyse konsekvenser. En vurdering av hensynet til barns beste kan for eksempel ta utgangspunkt i følgende steg anbefalt av Barneombudet: Vurder hvor omfattende vurderingen skal være, identifiser rettigheter som påvirkes, innhent kunnskap og vurder barns medvirkning, vurder konsekvensene for barn, vurder barnets beste, vei ulike hensyn opp mot hverandre og konkluder.

Befolkningsrettede smitteverntiltak vil berøre ulike deler av samfunnet i ulik grad. De ønskede konsekvensene er å verne liv og helse og viktige samfunnsfunksjoner. I tillegg har smitteverntiltak en rekke andre virkninger for samfunnet i stort, for ulike sektorer og

ulike grupper i befolkningen. Det kan gjelde økonomiske konsekvenser eller konsekvenser for hvordan livet leves. Samlet kan alt dette betegnes som samfunnsmessige virkninger. Informasjon om samfunnsmessige konsekvenser i stort og konsekvenser for de som berøres direkte, skal inngå i beslutningsgrunnlaget for smitteverntiltak, i den grad det foreligger kunnskap og er mulig å belyse på den tiden som står til rådighet. Når det haster å få innført tiltak, gjerne i en situasjon med stor usikkerhet, stilles det mindre krav til grundigheten av vurderingene.

§ 7-3

[Departementet viser til høringsnotatets punkt 23.4.11, hvor høringsinstansene bes om synspunkter på følgende alternative forslag:

- 1. I helseberedskapsloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».*
- 2. Det presiseres i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «fravike rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men dette lovfestes ikke.*

Dersom slik bestemmelse skal lovfestes, kan den gis slik ordlyd:

§ 7-3 Begrensninger i adgangen til å fastsette forskrift med lovs innhold eller som fraviker gjeldende lovgivning)

Forskrifter fastsatt i medhold av § 7-1 kan bare begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven.]

§ 7-4

Til § 7-4 *Domstolskontroll* (ny)

Bestemmelsen er ny, viderefører gjeldende rett og presiserer at retten kan prøve alle sider av saken ved prøving av vedtak etter kapittel 7. Domstolene kan prøve både lovligheten av det vedtaket som er truffet og av den forskriften det er truffet i medhold av.

Forslag til ny § 7-4 omtales i høringsnotatets punkt 23.4.12.

§ 8-1

Til § 8-1 *Finansiering* (gjeldende § 6-1)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 6-1.

Gjeldende § 6-1 og forslag til ny § 8-1 omtales i høringsnotatets kapittel 26.

Det materielle innholdet i gjeldende § 6-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) kapittel 10.

Etter **første ledd** skal staten dekke utgiftene ved tiltak som settes i verk etter fullmaktsbestemmelsene §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 6-1. Utgifter som i utgangspunktet skal dekkes av staten er derfor utgifter som påløper ved rekvisisjoner (inkludert erstatningskrav), pålegg om utvidet tjenesteplikt og beordring, pålegge om å utføre

arbeidsoppgaver som i alminnelighet ikke hører inn under virksomhetens ansvarsområde og omleggingstiltak når en beredskapssituasjon har oppstått.

Denne bestemmelsen tillemper utgangspunktet etter § 2-1 om at kostnadene ved beredskapsforberedelser og gjennomføring av tiltak i en beredskapssituasjon, skal dekkes av den virksomheten som er ansvarlig for tiltakene.

Bestemmelsen omfatter ikke økonomisk tap i form av avkorting eller bortfall av pensjon som følge av arbeidsinntekt ved frivillig eller beordret arbeid i helse- og omsorgstjenesten ved helsekriser. I en konkret situasjon kan det derfor oppstå behov for å vurdere midlertidige lovendringer for å unngå at alderspensjonister som arbeider frivillig eller etter beordring får avkortet alderspensjon. Under koronapandemien ble det vedtatt slike bestemmelser etter behandling av Prop. 53 LS (2019–2020), senere forlenget til 1. september 2022 etter forslag i Prop. 32 L (2021–2022) og Prop. 123 L (2021–2022).

Etter **andre ledd** kan departementet pålegge kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak å yte hel eller delvis refusjon av statens utgifter etter første ledd. Dette vil først og fremst omfatte tiltak som vesentlig er til fordel for virksomhetene selv, samt tiltak som etter gjeldende rett skal dekkes av disse og som det allerede er overført midler for å dekke. Refusjon innebærer normalt å betale tilbake midler som allerede er mottatt. Bestemmelsen er likevel ikke til hinder for at refusjon kan beslutes før eller samtidig med at finansieringsbehovet oppstår, slik at det ikke nødvendigvis først må foretas en overføring av midler fra staten. Når det gjelder pålegg til andre enn kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak, bør utgiftene i sin helhet dekkes av staten, med unntak for rekvisisjoner etter § 3-1 fjerde ledd tredje punktum.

§ 8-2

Til § 8-2 *Forskrifter* (gjeldende § 6-2)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 6-2.

Gjeldende § 6-2 og forslag til ny § 8-2 omtales i høringsnotatets kapittel 26.

Det materielle innholdet i gjeldende § 6-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 11.1.

Bestemmelsen gir departementet myndighet til å gi forskrifter om utfylling og gjennomføring av loven. Det kan fastsettes forskrifter som gjelder gjennomføringen av loven generelt. Som eksempel nevner loven bestemmelser om tilsyn med planlegging av tiltak etter loven. Det kan også gis regler med tanke på de særlige utfordringene som helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten vil kunne stå overfor når det gjelder administrasjon og drift under krig og i kriser og katastrofer i fredstid.

Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å vedta forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning. Adgangen til å gi slike forskrifter reguleres i § 7-1.

§ 8-3

Til § 8-3 *Forholdet til forvaltningsloven* (gjeldende § 6-3)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 6-3.

Gjeldende § 6-3 og forslag til ny § 8-3 omtales i høringsnotatets kapittel 26.

Det materielle innholdet i gjeldende § 6-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 11.2.

Forvaltningsloven får anvendelse med mindre annet er bestemt i, eller med hjemmel i lov. Slik beslutning kan for eksempel treffes med hjemmel i ny forvaltningslov (vedtatt, men ikke trådt i kraft) § 6, eller med hjemmel i § 8-2 i denne loven.

Under krig eller ved kriser eller katastrofer i fredstid kan forhåndsvarsel til sakens parter unnlates, dersom forhåndsvarsel kan medføre at saken forsinkes på en uheldig måte. Kongen kan bestemme at vedtak etter denne lov ikke kan kreves grunnlagt og ikke skal kunne påklages under krig eller ved kriser eller katastrofer i fredstid.

§ 8-4

Til § 8-4 *Rettsvirkninger ved ikke å etterkomme pålegg etter loven* (gjeldende § 6-4)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 6-4.

Gjeldende § 6-4 og forslag til ny § 8-4 omtales i høringsnotatets kapittel 26.

Det materielle innholdet i gjeldende § 6-4 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 11.3.

Etter **første ledd** kan det som pålegg etter loven går ut på utføres for eiers regning, dersom pålegget ikke etterkommes i løpet av en rimelig fastsatt frist. Dette gjelder ikke pålegg som staten skal dekke utgiftene for etter § 8-1. Det at staten «kan» beslutte å gjennomføre pålegg for eiers regning, forutsetter et skjønn hvor hastegrad og alternative tiltak må vurderes. Gjennomføring for eiers regning bør etter departementets oppfatning forbeholdes tilfeller der andre reaksjonsformer ikke har vist seg tilstrekkelig effektive til å få tiltaket gjennomført innen den tiden som står til rådighet.

Etter **andre ledd** er krav om refusjon for utgift tvangsgrunnlag for utlegg.

Tvangsfullbyrdsloven § 1-2 bestemmer at krav mot staten, kommune, fylkeskommune, interkommunalt selskap, regionalt helseforetak eller helseforetak ikke kan tvangsfullbyrdes. Utlegg er derfor bare aktuelt overfor private virksomheter.

§ 8-5

Til § 8-5 *Behandling av personopplysninger*

Bestemmelsen er ny og tydeliggjør adgangen til å behandle personopplysninger.

Forslag til ny § 8-5 omtales i høringsnotatets punkt 7.2.

Første ledd presiserer at virksomheter som omfattes av loven kan behandle personopplysninger, herunder personopplysninger som nevnt i personvernforordningen artikkel 9 og 10, når dette er nødvendig for å utøve myndighet eller utføre andre oppgaver etter denne loven.

Etter **andre ledd** kan departementet gi forskrift om behandlingen av personopplysninger etter loven, herunder om formålet med behandlingen, krav til behandlingen, behandlingsansvar, innhenting av personopplysninger, hvilke personopplysninger som kan behandles, adgangen til viderebehandling, utlevering, registerføring og tilgang til registre

§ 8-6

Til § 8-6 *Informasjonsplikt for massemedier og samferdsel* (ny)

Bestemmelsen er ny.

Forslag til ny § 8-6 omtales i høringsnotatets kapittel 24.

Etter **første ledd** kan departementet pålegge ethvert innenlandsk massemedium og virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport, å gi informasjon av betydning for å håndtere en helseberedskapshendelse.

Det presiseres at pålegg bare kan gis når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, og fullmaktsbestemmelsene i loven derfor gjelder.

Informasjonen skal være tydelig merket med avsender, slik at det kommer tydelig frem at informasjonen gis av og på oppdrag fra myndighetene, i form av annonse eller andre former for formidling som tydeliggjør at det ikke er tale om redaksjonelt innhold.

Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å styre redaksjonelt innhold i massemediene.

Bestemmelsen er en sikkerhetsventil for de tilfellene der det er viktig å gi informasjon raskt med det innholdet og på den måten myndighetene vil formidle, for å verne om helse og redde liv. Bestemmelsen skal sikre at viktige opplysninger både til berørte og mulig berørte grupper av befolkningen når frem, uavhengig av om det enkelte medium ønsker eller ikke ønsker å innta den aktuelle informasjonen. Slike meldinger kan blant annet omfatte informasjon om hendelsen, hvem man kan kontakte for mer informasjon, hvilke konsekvenser hendelsen får for befolkningen, eventuelle omlegginger av tjenesten og endringer i ansvars-, oppgave- og ressursfordeling, behov for rekvisisjon og hvilken betydning hendelsen får for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenestens evne og kapasitet til å tilby tjenester i tråd med lovfestede plikter og rettigheter.

Med innenlandsk massemedium menes meddelelsesmidler som gjør det mulig å nå et stort og sammensatt publikum på kort tid innenfor et geografisk vidt område. Dette er beskrivende for presse, radio og fjernsyn, men også for blant annet sosiale medier og tidsskrifter. I en krisesituasjon må behovet for formidling og de mest aktuelle formidlingskanalene for effektivt å nå befolkningen, vurderes konkret. Dette kan innebære at kun enkelte medievirksomheter pålegges å formidle informasjon fra myndighetene.

Virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport omfatter blant annet Statens vegvesen, Avinor, lufthavner, flyselskaper, havner, rederier, togselskaper, busselskaper og taxiselskaper.

Departementet kan ved behov delegere myndigheten til Helsedirektoratet eller annet underliggende organ.

Andre ledd bestemmer at pålegget om å gi informasjon også kan gjelde plassering av informasjon, hvor hyppig den skal vises og i hvilket tidsrom den skal vises.

Tredje ledd bestemmer at innenlandsk massemedium som etterkommer pålegg om å gi informasjon, har krav på vederlag. Det forutsettes at vederlaget skal være overensstemmende med den til enhver tid vanlige pris for inntagelse av tilsvarende kunngjøringer. Virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport har ikke krav på vederlag.

Fjerde ledd bestemmer at en klage ikke har utsettende virkning for iverksetting av vedtaket.

§ 8-7

Til § 8-7 *Straff* (gjeldende § 6-5)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 6-5.

Gjeldende § 6-5 og forslag til ny § 8-7 omtales i høringsnotatets kapittel 26.

Det materielle innholdet i gjeldende § 6-5 er omtalt i Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) punkt 11.4.

Etter bestemmelsen straffes den som forsettlig eller uaktsomt overtrer helseberedskapsloven eller forskrifter eller pålegg som er gitt med hjemmel i loven, med bøter eller fengsel i inntil 6 måneder, hvis forholdet ikke rammes av et strengere straffebud.

§ 9-1

Til § 9-1 *Ikrafttredelse*

Forslag til ny § 9-1 omtales i høringsnotatets punkt 26.4.6.

Etter **første ledd** trer loven i kraft fra den tid Kongen bestemmer, og Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid. Tidspunktet for ikrafttredelse vil avhenge av en konkret vurdering. Det kan også tenkes at enkelte bestemmelser bør tre i kraft senere enn andre.

Andre ledd bestemmer at fra den tiden loven trer i kraft, oppheves den gjeldende helseberedskapsloven av 23. juni 2000.

§ 9-2

Til § 9-2 *Overgangsbestemmelser*

Forslag til ny § 9-2 omtales i høringsnotatets punkt 26.4.7.

Første ledd bestemmer at forskrifter med hjemmel i lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjelder etter at den nye loven har trådt i kraft. Dette gjelder selv om disse ikke er endret eller vedtatt på nytt. Bestemmelsen innebærer at de forskriftene som er gitt med hjemmel i den tidligere helseberedskapsloven vil være

gyldige, selv om departementet ikke har rukket å vedta nye forskrifter med hjemmel i ny lov innen den settes i kraft.

Kongen kan etter **andre ledd** i forskrift fastsette overgangsordninger i forbindelse med at loven trer i kraft, herunder at krav og pålegg i eller i medhold av loven skal oppfylles innen en bestemt frist. Det kan for eksempel oppstå behov for at eldre regler skal gjelde for forhold som oppsto før ikrafttredelse av den nye loven eller at det gis tidsbegrensede unntak fra enkelte av lovens bestemmelser.

29 Forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap mv. (helseberedskapsloven)

Kapittel 1. Innledende bestemmelser

§ 1-1 Lovens formål og virkemidler

Formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen *ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig eller når slike situasjoner truer.*

Formålet med loven er videre å legge til rette for motstandsdyktighet og evne til omstilling og prioritering for å hindre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet overskrides ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig.

For å ivareta lovens formål, skal virksomheter loven omfatter kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften *ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig*, på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven.

§ 1-2 Lovens stedlige virkeområde

Loven gjelder i riket.

Kongen kan gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. Kongen kan gi forskrift om og i hvilken utstrekning loven skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.

§ 1-3 Virksomheter loven gjelder for

Denne lov gjelder for:

- a. den offentlige helse- og omsorgstjeneste og sosialtjeneste og kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3,
- b. private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester til befolkningen,
- c. private som uten formell tilknytning til kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester,
- d. Mattilsynet,
- e. offentlige næringsmiddellaboratorier,
- f. private næringsmiddellaboratorier,
- g. vannverk
- h. apotek, grossister og tilvirkere av legemidler
- i. bandasjister, tilvirkere og andre omsettere av medisinsk utstyr.

Departementet kan i forskrift bestemme at også andre virksomheter som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, skal omfattes av loven.

§ 1-4 Personell loven gjelder for

Denne lov gjelder for personell som tjenestegjør i virksomheter loven omfatter. Departementet kan i forskrift bestemme at personell som har tjenestegjort i slike virksomheter, og særskilt kvalifisert personell, skal omfattes av loven.

§ 1-5 Når fullmaktsbestemmelsene i loven gjelder

Når det er nødvendig for å ivareta lovens formål, får §§ 3-1, 4-1, 5-1, 6-1 og 7-1 anvendelse:

1. når riket er i krig eller når krig truer,
2. ved kriser eller katastrofer i fredstid som har inntrådt eller som med stor sannsynlighet vil inntreffe i nærmeste fremtid.

Kongen i statsråd beslutter om vilkårene etter første ledd nr. 2 er oppfylt. En beslutning om anvendelse av fullmaktsbestemmelsene i §§ 3-1, 4-1, 5-1 6-1 og 7-1 gis for et begrenset tidsrom og maksimalt for tre måneder. Beslutningen kan gjentas for inntil tre måneder av gangen.

Kapittel 2. Ansvar for forberedelser og gjennomføring

§ 2-1 Ansvarsprinsippet

Den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjenesten, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap.

§ 2-2 Planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid

Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Kommuner skal også utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven kapittel 3. Beredskapsplanen skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenestoområder.

Sykehus som omfattes av § 1-3 første ledd bokstavene a og b, og virksomheter nevnt i bokstavene d, e, f og g, plikter å utarbeide beredskapsplan for virksomheten.

Departementet kan gi forskrift om at virksomheter nevnt i § 1-3 første ledd bokstavene c og h, samt virksomheter omfattet av loven etter § 1-3 andre ledd, skal ha plikt til å utarbeide beredskapsplan for virksomheten. Departementet kan bestemme at virksomheter som nevnt skal inngå i beredskapsplan som nevnt i første ledd.

Departementet kan gi forskrift om krav til beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet, herunder sette krav til driftssikkerhet, lagring av materiell og utstyr, og til øvelser og opplæring av personell.

Departementet kan gi forskrift om plikt for virksomheter etter loven til å kvalitetssikre beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet.

§ 2-3 Varsel og rapportering

Virksomheter loven omfatter, plikter å varsle om forhold innen helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten som kan gi grunnlag for tiltak etter denne lov. Varsel gis til departementet eller den myndighet departementet bestemmer.

Departementet kan pålegge virksomheter som nevnt i første ledd formell rapportering om forhold av betydning for helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten. Departementet kan gi forskrift om rapporteringsplikten.

§ 2-4 Beredskapsregistre

Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet og *Direktoratet for medisinske produkter* kan etablere registre med person- og helseopplysninger for å håndtere beredskapssituasjoner. Slike registre kan etableres:

- 1. for å gi oversikt og kunnskap om utbredelse, årsakssammenhenger og konsekvenser ved miljøhendelser*
- 2. ved mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer*
- 3. ved andre typer kriser og beredskapssituasjoner*
- 4. for å ivareta internasjonale rapporteringsplikter og administrative oppgaver i en beredskapssituasjon*
- 5. ved beredskapsøvelser iverksatt av Helse- og omsorgsdepartementet.*

Departementet skal underrettes i forkant av etableringen av registeret.

Organet som etablerer registeret, er dataansvarlig.

Ved etableringen av registre skal den dataansvarlige dokumentere at *opplysningene* behandles i samsvar med helseregisterloven § 6, herunder beskrive formålet med behandlingen og hvilke *opplysninger* som behandles. Beredskapsregistre kan inneholde *opplysninger* med direkte personidentifiserende kjennetegn.

Opplysningene kan behandles uten samtykke fra den registrerte og tilgjengeliggjøres uten hinder av lovbestemt taushetsplikt dersom det er nødvendig for å oppnå registerets formål. Opplysningene skal behandles i samsvar med helseregisterloven.

Den dataansvarlige kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for registerets formål fra *offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste* og virksomheter som nevnt i folkehelseloven § 29 andre og tredje ledd. *Opplysninger kan også kreves fra databehandler som behandler opplysninger på vegne av virksomheter som omfattes av plikten til å tilgjengeliggjøre. Dataansvarlig for opplysningene skal underrettes før tilgjengeliggjøring fra databehandler. Den som plikter å tilgjengeliggjøre opplysninger etter første og andre punktum kan ikke kreve vederlag for kostnader ved å oppfylle opplysningsplikten. Kommuner og fylkeskommuner kan likevel få dekket sine kostnader.*

Den dataansvarlige kan ta kontakt med private personer og be om opplysninger som er nødvendige for registerets formål. Dersom den enkelte samtykker, kan opplysninger innhentes.

Dataansvarlig skal slette eller anonymisere opplysningene når hendelsen er avklart og evaluert. Departementet kan i tvilstilfelle avgjøre om hendelsen er evaluert.

Departementet kan i forskrift bestemme at person- og helseopplysninger likevel kan behandles etter at hendelsen er avklart. Dette kan bestemmes når samfunnets interesse i den videre behandlingen klart overstiger ulempene som kan påføres den enkelte.

Kapittel 3. Rekvisisjon av fast eiendom, rettigheter og løsøre

§ 3-1 Rekvisisjon

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet med de begrensninger som følger av *tredje ledd* mot erstatning kreve avstått til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr. Avståelse til bruk omfatter rett til å foreta de endringer ved gjenstanden eller den faste eiendom som anses nødvendig.

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet med de begrensninger som følger av tredje ledd fra produsenter eller leverandører mot erstatning kreve avstått til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet utstyr og kjemikalier som det er nødvendig å bruke i vannverk for å kunne sikre vannforsyning og rent drikkevann til befolkningen.

Eiendomsrett til fast eiendom kan bare kreves avstått i medhold av denne lov når riket er i krig eller når krig truer, og avståelsens formål ikke kan oppnås gjennom tidsbegrenset bruksrett eller annen særlig rådighet over eiendommen.

Departementet kan gi tillatelse til at også andre kan kreve slik avståelse som nevnt i første og andre ledd. Tredje ledd gjelder i så fall tilsvarende. Departementet kan bestemme at den som får tillatelse som nevnt i første punktum, skal dekke utgiftene ved avståelsen helt eller delvis.

Departementet kan gi eier eller bruker av løsøre som nevnt i første og andre ledd pålegg om at tingen skal stilles til rådighet på angitt sted.

Avståelsen kan kreves gjennomført straks, selv om erstatning ikke er betalt eller fastsatt. Rekvirerende myndighet skal i så fall sørge for å innhente de beskrivelser og opplysninger som er nødvendig for fastsetting av erstatning. Skjønn etter § 3-3 skal holdes så snart som mulig. Når det er nødvendig, kan avståelsen gjennomføres ved politiets hjelp.

Krav om avståelse skal fremsettes skriftlig. Når avståelse har funnet sted, skal det utstedes skriftlig kvittering med nøyaktig angivelse av det som er avstått, samt tid og sted for avståelsen.

§ 3-2 Forberedende tiltak med sikte på rekvisisjon

Som ledd i forberedende tiltak kan de myndigheter som Kongen bestemmer, peke ut fast eiendom og løsøre som skal avstås etter § 3-1, og gi eier og bruker av løsøre pålegg om at tingen i nærmere angitte tilfelle skal stilles til rådighet på angitt sted.

Eier og bruker av fast eiendom eller løsøre plikter etter krav fra myndighetene å erkjenne mottakelse av melding om tiltak eller pålegg som nevnt, samt å gi opplysninger og å gi adgang til inspeksjon. Løsøre kan om nødvendig pålegges brakt til bestemt sted for inspeksjon. Slike pålegg skal oppfylles uten erstatning, med mindre annet er bestemt av Kongen.

Fast eiendom og løsøre kan etter avgjørelse av de myndigheter Kongen bestemmer, utbedres eller på annen måte forandres for å gjøres tjenlig for det påtenkte formål.

§ 3-3 Erstatningsutmåling

Erstatning for avståelse etter § 3-1 og for tap og utgifter ved å etterkomme pålegg etter § 3-2 fastsettes i mangel av minnelig overenskomst ved skjønn etter lov om skjønn og ekspropriasjonssaker 1. juni 1917 nr. 1, med mindre noe annet bestemmes i eller i medhold av denne lov.

Kongen kan bestemme at skjønn skal avgis av de nemnder som oppnevnes etter lov 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner § 13, jf. § 14.

§ 3-4 Om fastsettelse av takster

Departementet kan fastsette takster for bruk av husrom, lagerrom og løsøre og for utgifter ved å etterkomme pålegg etter § 3-1 og § 3-2 første ledd. Takstene kan fastsettes for hele riket eller for deler av det.

§ 3-5 Samordning av rekvisisjoner

Når militære myndigheter har rekvisisjonsrett etter lov 29. juni 1951 nr. 19 om militære rekvisisjoner, får § 8 i samme lov tilsvarende anvendelse ved krav om avståelse etter loven her i den utstrekning Kongen bestemmer.

Kapittel 4. Tjenesteplikt, beordring og registrering

§ 4-1 Tjenesteplikt og beordring

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan personell som er beordringspliktig etter § 1-4 pålegges av arbeidsgiver å forbli i tjeneste ut over ordinær arbeidstid. På samme vilkår kan departementet pålegge personell som nevnt å møte frem på nærmere angitt sted og utføre nærmere tilvist arbeid innen virksomheter loven omfatter.

Den som gir pålegg etter første ledd andre punktum, har instruksjonsmyndighet over den som får pålegget. Pålegg etter første ledd skal ikke ha andre virkninger i forholdet mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Arbeidsmiljøloven § 15-10 gjelder tilsvarende for fravær på grunn av bestemmelser i denne loven.

Pålegg etter første ledd kan ikke gis til gravide, personer under 18 eller over 72 år eller personer med vesentlig og varig nedsatt arbeidsevne som følge av helsesituasjon eller nedsatt funksjonsevne.

Ved kriser eller katastrofer i fredstid kan pålegg etter første ledd ikke gis til personer som alene har omsorgen for barn under 16 år eller personer med nedsatt funksjonsevne. I krig eller når krig truer, bør de samme personer så langt det er mulig fritas for pålegg som

nevnt. Dersom pålegg likevel gis, er den som gir pålegget ansvarlig for å skaffe nødvendig omsorgsavlastning.

Tjenesteplikt etter paragrafen her gjelder bare i den utstrekning styrkeoppbygging i Forsvaret ikke er til hinder, med mindre noe annet er bestemt i lov.

Plikten etter første ledd gjelder uavhengig av bestemmelsene om arbeidstid i arbeidsmiljøloven.

§ 4-2 Forberedende tiltak, registrerings- og øvelsesplikt

Personell som er beordringspliktig etter § 1-4 plikter å la seg registrere, samt å stille seg til disposisjon for gjennomføring av tiltak etter loven. Vedkommende personell plikter å medvirke til at nødvendige opplysninger for registrering og disponering kan skaffes til veie. Personell som ikke er styrkedisponert i Forsvaret, kan i fredstid pålegges å delta på kurs og øvelser av inntil 3 ukers varighet.

Bestemmelsene i § 4-1 andre ledd andre og tredje punktum gjelder tilsvarende for deltakelse på kurs og øvelser etter denne paragraf. Det samme gjelder bestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 12-12.

Departementet kan gi forskrift om gjennomføringen av registreringen.

Kapittel 5. Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling

§ 5-1 Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet pålegge en eller flere virksomheter som omfattes av loven å ta imot og å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester til personer, uten hensyn til hvor disse bor eller oppholder seg. Departementet kan videre bestemme at en slik virksomhets ressurser innen helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten, herunder personellressurser, skal stilles til rådighet for en kommune, en fylkeskommune, et regionalt helseforetak eller staten.

Kapittel 6. Omlegging og omsetningsrestriksjoner

§ 6-1 Omlegging og omsetningsrestriksjoner

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet pålegge virksomheter som omfattes av loven helt eller delvis å legge om driften, utvide driften eller flytte virksomheten. Virksomheter som omfattes av § 1-3 første ledd bokstavene g, h og i, kan på samme vilkår pålegges å innføre restriksjoner på omsetningen og rasjonere sine varer.

§ 6-2 Forberedende tiltak med sikte på omlegging og omsetningsrestriksjoner

For å kunne gjennomføre tiltak etter § 6-1, kan departementet pålegge virksomhetene å utføre nærmere bestemte forberedelser.

Kapittel 7. Adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning (derogasjon)

§ 7-1 Adgang til å fastsette forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan *Kongen i statsråd fastsette midlertidige forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen. På samme vilkår kan det fastsettes midlertidige forskrifter som fraviker tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter i helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.*

Forskrifter etter første ledd kan bare fastsettes dersom dette er nødvendig for å:

- a. ivareta befolkningens liv og helse eller*
- b. sikre at helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens kapasitet til å sørge for tjenester til befolkningen ikke overskrides.*

Forskrifter etter første ledd kan bare fastsettes dersom helsekrisen ikke kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning og bare dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling.

Beredskapsloven §§ 3 og 4 gjelder tilsvarende.

§ 7-2 Krav om forholdsmessighet ved fastsettelse av forskrifter

Forskrifter fastsatt i medhold av § 7-1 skal være forholdsmessige. I forholdsmessighetsvurderingen skal blant annet hensynet til barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser vurderes og avveies.

[Se høringsnotatets punkt 23.4.11.2 hvor departementet ber om høringsinstansenes syn på følgende alternative forslag:

- 1. I helseberedskapsloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».*
- 2. Det skal tydelig fremgå i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men det lovfestes ikke.*

Dersom slik bestemmelse skal lovfestes, kan den gis slik ordlyd:

§ 7-3 Begrensninger i adgangen til å fastsette forskrift med lovs innhold eller som fraviker gjeldende lovgivning (ny)

Forskrifter fastsatt i medhold av § 7-1 kan bare begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven.]

§ 7-4 Domstolskontroll

Ved prøving av vedtak etter kapittelet her kan retten prøve alle sider av saken.

Kapittel 8. Forskjellige bestemmelser

§ 8-1 Finansiering

Utgifter ved påbud etter §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 6-1 dekkes av staten.

Departementet kan pålegge kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak å yte hel eller delvis refusjon av utgifter etter første ledd.

§ 8-2 Forskrifter

Departementet kan gi forskrifter til utfylling og gjennomføring av denne loven, herunder om tilsyn med planlegging og gjennomføring av tiltak etter loven og om administrasjon og drift av helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten under krig, samt ved kriser og katastrofer i fredstid.

§ 8-3 Forholdet til forvaltningsloven

Lov 20. juni 2025 nr. 81 om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven) [lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker] gjelder for behandling av saker etter denne lov, med mindre noe annet er bestemt i eller med hjemmel i lov. Under krig eller ved kriser eller katastrofer i fredstid kan forhåndsvarsel til sakens parter unnlates, dersom forhåndsvarsel kan medføre at saken forsinkes på en uheldig måte. Kongen kan bestemme at vedtak etter denne lov ikke kan kreves grunngitt og ikke skal kunne påklages under krig eller ved kriser eller katastrofer i fredstid.

§ 8-4 Rettsvirkninger ved ikke å etterkomme pålegg etter loven

Dersom pålegg etter denne lov som staten ikke skal utrede utgiftene ved etter § 8-1, ikke etterkommes i løpet av en rimelig fastsatt frist, kan det som pålegget går ut på utføres for eiers regning.

Krav om refusjon for utgift er tvangsgrunnlag for utlegg.

§ 8-5 Behandling av personopplysninger

Virksomheter som omfattes av denne lov kan behandle personopplysninger, herunder personopplysninger som nevnt i personvernforordningen artikkel 9 og 10, når dette er nødvendig for å utøve myndighet eller utføre andre oppgaver etter denne loven.

Departementet kan gi forskrift om behandlingen av personopplysninger etter denne loven, herunder om formålet med behandlingen, krav til behandlingen, behandlingsansvar, innhenting av personopplysninger, hvilke personopplysninger som kan behandles, adgangen til viderebehandling, utlevering, registerføring og tilgang til registre

§ 8-6 Informasjonsplikt for massemedier og samferdsel

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet pålegge følgende virksomheter å gi befolkningen informasjon av betydning for å håndtere en helseberedskapshendelse og som er tydelig merket med avsender:

- a. ethvert innenlandsk massemedium*
- b. virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport.*

Pålegg etter første ledd kan også gjelde plassering av informasjon, hvor hyppig den skal vises og i hvilket tidsrom den skal vises.

Innenlandsk massemedium som etterkommer pålegg etter første ledd, har krav på vederlag.

En klage har ikke utsettende virkning for iverksetting av vedtaket.

§ 8-7 Straff

Den som forsettlig eller uaktsomt overtrer denne lov eller forskrifter eller pålegg som er gitt med hjemmel i loven, straffes med bøter eller fengsel i inntil 6 måneder, hvis forholdet ikke rammes av et strengere straffebud.

Kapittel 9. Ikrafttredelse og overgangsbestemmelser. Endringer i andre lover

§ 9-1 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Fra den tiden loven trer i kraft, oppheves lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven).

§ 9-2 Overgangsbestemmelser

Forskrifter med hjemmel i lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjelder også etter at loven her har trådt i kraft.

Kongen kan i forskrift fastsette overgangsordninger i forbindelse med at loven trer i kraft, herunder at krav og pålegg i eller i medhold av loven skal oppfylles innen en bestemt frist.