

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 DEP  
0030  
Oslo

Innsendt elektronisk

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202500578

Dato: 07-04-2026

## **Høring: Høring - Forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)**

Legeforeningen viser til høringsnotat av 8. oktober 2025 fra Helse- og omsorgsdepartementets om forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven). Saken har vært på bred høring i organisasjonen. Innspill fra organisasjonsledd ligger til grunn for Legeforeningens høringssvar og saken er behandlet i foreningens sentralstyre.

### **1 Innledende kommentarer**

Legeforeningen har innledningsvis noen overordnede kommentarer og vil deretter gi innspill knyttet til de ulike bestemmelsene.

I høringsnotatet skriver Departementet at de blant annet på bakgrunn av høringsinstansenes innspill, vil ta endelig stilling til om det skal legges frem forslag om ny lov eller kun om *endringer* i gjeldende lov. Legeforeningen legger til grunn at også bestemmelser som foreslås videreført er på høring og vil kunne endres. Vi har derfor flere innspill også til bestemmelser som foreslås videreført som vi ber departementet vurdere i det videre arbeid.

Legeforeningen anerkjenner behovet for en helhetlig gjennomgang av lovgivning for helsemessig og sosial beredskap. Erfaringene fra covid19-pandemien og den endrede geopolitiske situasjonen viser at samfunnet må være forberedt på alvorlige og langvarige kriser. Vi påpeker at fullmaktsbestemmelsene som foreslås er svært vidtrekkende og innebærer en potensiell fare for at tilliten til myndighetene svekkes. Det er positivt at departementet har tatt hensyn til kritikk og innspill som er fremmet i ulike utvalg og i forbindelse med debatten knyttet til vedtakelse av sivilbeskyttelsesloven, og at forslaget har strammet inn rammene på en rekke punkter. Spørsmålet er likevel om de foreslåtte sikringsmekanismene er hensiktsmessige og tilstrekkelige når fullmaktene som foreslås er såpass vidtrekkende. For å opprettholde tilliten og legitimiteten er det avgjørende at vilkårene for anvendelse av fullmaktshjemlene strammes inn og klargjøres.

Leger har en helt sentral rolle i beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid og vil bli direkte berørt av lovgivning som griper inn i grunnleggende rammer for medisinsk arbeid, pasientsikkerhet, personellmobilisering, utdanning og arbeidsvilkår. Virksomheter som omfattes av loven må ha respekt for faglig forsvarlighet og legge til rette for reell involvering av helsepersonell og arbeidstakerorganisasjoner. Terskelen for å beordre helsepersonell bør være svært høy og frivillighet må være forsøkt før beordring.

Helsepersonell og helsetjenesten er en helt sentral del av den norske beredskapen. Helseberedskap handler grunnleggende om at det er kapasitet og fleksibilitet i helsetjenesten til å møte akutte og langvarige kriser. Vi vet at kapasiteten både i primær- og spesialisthelsetjenesten allerede i normaldrift er prekær. Grunnbemanning, kapasitet og tilgang på riktig helsepersonell i helsetjenesten

må være tilstrekkelig til at helsetjenestens behov ivaretas. Arbeid for å styrke kapasiteten i helsetjenesten i fredstid vil være et av de viktigste tiltakene for å sikre en robust nasjonal helseberedskap. Dette bør være myndighetenes fremste mål, og foretrukne strategi, for å ivareta innbyggernes nødvendige behov både i en normalsituasjon og i situasjoner som forslaget omhandler.

En viktig prioritering ved langvarige kriser er behovet for å sikre nødvendig kompetanseutvikling. Under Covid-19 pandemien så vi at videre- og etterutdanning av leger ble satt på vent. Det ga et stort etterslep i spesialistutdanningen som har vedvart i mange år. Selv i 2023 svarte i overkant av 50 % av leger i spesialisering at de var forsinket i spesialistutdanningen, median rundt 12 måneder, og etterslep i pasientbehandling og mangel på tid til nødvendig spesialistutdanningsaktiviteter utgjorde en betydelig årsak til dette. Å sette til side behovet for videre- og etterutdanning i langvarige kriser vil svekke muligheten til å opprettholde beredskap over tid, og bør ikke skje igjen. Samtidig mener vi at det i ekstraordinære situasjoner vil kunne bli nødvendig å fire på kravene til kvalitet i pasientbehandling og formelle kvalifikasjoner hos behandlere.

I beredskapssituasjoner er det mange lover som vil kunne være aktuelle. Dette øker risikoen for usikkerhet om hvilke lover som hjemler hvilke tiltak i ulike situasjoner. Lovene vil også kunne ha overlappende virkeområde som igjen kan medføre en uoversiktlig rettsstilling og ulik praktisering. Risikoen øker da lovene vil tas i bruk i krisesituasjoner der tiden til nødvendige vurderinger og gjennomføring ofte er knapp. Det er behov for bedre veiledning om lovvalg og virkeområde for å understøtte arbeid for de som er involvert i beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid.

## 2 Virksomheter og personell loven gjelder for – jf § 1-3 og § 1-4

Det er ikke overenstemmelse mellom overskriften i § 1-3 og henvisningen til kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseoven, jf §1-3a. Kommunens folkehelsearbeid er ikke en virksomhet og departementet bør vurdere å justere denne delen av bestemmelsen.

Formuleringen i §1-4 innebærer at loven i utgangspunktet gjelder for personell som tjenestegjør i virksomheter som omfattes av loven. Bestemmelsen åpner også for at departementet i forskrift kan bestemme at personell som har tjenestegjort og særskilt kvalifisert personell kan omfattes. Vi viser til forsvarlighetskravet i helsepersonelloven og forutsetter at opplæring gjennomføres for å ivareta pasientsikkerheten.

## 3 Formål og inngangsvilkår - jf §§ 1-1 og 1-5

Legeforeningen er enig i at det er behov for bestemmelser som gir nødvendige fullmakter for å håndtere ekstraordinære situasjoner i krisetider. Vi mener likevel at enkelte av forslagene er for uklare og vidtrekkende.

### 3.1 Formål

Det foreslås flere utvidelser i lovens formålsbestemmelse og den er etter sin ordlyd vidtrekkende. I tillegg inneholder den skjønsmessige begreper som bør tolkes strengt. For det første er det foreslått å utvide formålet til også å gjelde "når slike situasjoner truer" (med henvisning til krig og kriser/katastrofer i fredstid). Forslaget i § 1-1 annet ledd er nytt og åpner for at hensynet til å unngå overbelastning av helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten er relevant for tolkning av lovens øvrige bestemmelser. Legeforeningen støtter ikke de foreslåtte utvidelsene da de er svært skjønsmessige og vil kunne underbygge en utvidende fortolkning av lovens øvrige fullmaktsbestemmelser. Vi påpeker at det er uheldig at formålet utvides til å gjelde før en krise inntreffer i fredstid, da det fort kan være uforholdsmessig å vedta inngripende tiltak basert på skjønsmessige vilkår før en krise har inntrådt. I tillegg vil det oftest være anledning til å gjennomføre vanlige lovgivningsprosesser før en krise inntreffer. Vi støtter heller ikke forslaget i formålsbestemmelsens annet ledd der det vises til at hensynet til å unngå at helsetjenestens kapasitet overskrides inntas i formålet. Det er ingen sikker terskel for hva som er en "overskridelse av kapasiteten i helsetjenesten". Vi påpeker også at en underdimensjonering av beredskapen i

helsetjenesten ikke bør danne grunnlag for omfattende inngrep, og at tilstrekkelig ressurser i helsetjenesten dermed er svært viktig. Vi ber om departementet vurdere følgende utforming av første og annet ledd i lovens formålsbestemmelse:

*§ 1-1*

*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 når krig truer og ved kriser og katastrofer i fredstid.*

*Formålet med loven er videre å legge til rette for motstandsdyktighet og evne til omstilling og prioritering under krig og når krig truer og ved kriser og katastrofer i fredstid.*

*3.2 Når fullmaktsbestemmelsene i loven gjelder (inngangsvilkår og virkeområde) – jf § 1- 5*

De foreslåtte endringene i § 1- 5 innebærer en stor utvidelse av fullmaktshjemlenes virkeområde sammenlignet med gjeldende rett. I tillegg inneholder vilkårene i både § 1-5 og §1- 1 (formålsbestemmelsen) skjønnsmessige begreper som bør tolkes strengt. Legeforeningen mener uansett at vilkårene ikke er tilstrekkelig tydelig og presist avgrenset, noe som øker risikoen for utvidende fortolkning.

Behovet for klare og forutsigbare vilkår er særlig viktig når det foreslås fullmaktshjemler til å iverksette inngripende tiltak som i tillegg er straffesanksjonerte. Vi vet at kriselover har blitt brukt i andre land for å hjemle inngripende tiltak som har hatt store konsekvenser. Med økende politisk polarisering og uro i verden mener Legeforeningen at det i større grad bør utvises tilbakeholdenhet med fastsettelse av regelverk med en innretning som kan åpne for misbruk.

Det er positivt at det i fredstid er presisert at bestemmelsen gjelder i beredskapssituasjoner som vil inntreffe med "stor sannsynlighet" og ytterligere begrenset til situasjoner der "krisen vil inntreffe i nærmeste fremtid." Formuleringene vil likevel kunne danne grunnlag for en utvidende fortolkning av vilkårene for når lovens fullmakter kan tas i bruk. Kriser utvikler seg ofte gradvis og fortolkning av hva som utgjør en «krise» og en såkalt «førkrise» er krevende å fastslå. Når det foreslås et enda mer skjønnspreget trusselvilkår, øker risikoen for utvidende fortolkning. Risikoen øker også for at tiltak innføres for tidlig og uten tilstrekkelig bevis for at situasjonen tilsier at en "krise truer". Slike vilkår kan også føre til redusert domstolskontroll fordi vurderingen blir mer fremtidsorientert og hypotetisk. Høringsnotatet understreker at formålet med regelverk er at det «klart angir hvilke vilkår som må være oppfylt», men selve utvidelsen og den skjønnsmessige utformingen trekker i motsatt retning.

Fordelen med å inkludere såkalte "førkrise" situasjoner i formålsbestemmelsen og inngangsvilkåret er at myndighetene får muligheten til å ta i bruk virkemidler som kan være nødvendige ifm forberedelser knyttet til kriser og katastrofer. På den annen side vil det ofte være anledning til å iverksette vanlige lovgivningsprosesser i slike situasjoner.

Lovgivningsteknikken med lag på lag med skjønnsmessige vilkår gir økt risiko for usikkerhet om rekkevidden og kan medføre en utilsiktet utvidelse av myndighetenes handlingsrom for de forpliktelsene myndighetene fastsetter med hjemmel i bestemmelsene.

Vi påpeker også at enkelte deler av høringsnotatets beskrivelse av den alvorlige sikkerhetspolitiske situasjonen vi befinner oss i nå kan tolkes slik at lovens vilkår allerede er oppfylt og at fullmaktshjemlene kan tas i bruk.

Legeforeningen viser til at brudd på samtlige bestemmelser i loven er straffesanksjonert. Når det er stor risiko for utvidende fortolkning og tiltakene som fastsettes kan være inngripende, er utformingen av straffebestemmelsen betenkelig.

Lovens utforming kan også medføre økt risiko for at ulike regjeringer kan tolke reglene ulikt. Regelverk som vedtas i fredstid i demokratiske land bør også ta høyde for endringer i politiske styringssystemer og innrettes for å forebygge misbruk.

Legeforeningen støtter ikke den foreslåtte utformingen av inngangsvilkåret i § 1-5 første ledd og ber departementet vurdere følgende utforming:

#### *§ 1-5 første ledd*

*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*

Dersom loven vedtas i tråd med forslaget fra departementet, anbefaler Legeforeningen at det i forbindelse med arbeid med proposisjonen gis tydeligere veiledning om fortolkningen. Dette vil bidra til større forutsigbarhet, likere praktisering og bidra til å minimere faren for utvidende tolkning.

Legeforeningen støtter at myndigheten til å beslutte at fullmaktsbestemmelsene får anvendelse, legges til Kongen i statsråd (regjeringen) og ikke Kongen. Dette betyr at beslutningen ikke kan delegeres til et departement. Plassering av myndighet til Kongen i statsråd bidrar til å sikre parlamentarisk kontroll. Det vil også i større grad sikre helhetlige, koordinerte og tverrdepartementale beslutninger hvor brede samfunnsmessige konsekvenser belyses.

#### **4 Planlegging og krav til beredskapsforberedelser – jf § 2-2**

Legeforeningen støtter reguleringen av planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid i § 2-2. Vi har likevel noen innspill.

Virksomheter/pliktsubjekter som omfattes av lovens krav til planlegging mm bør i større grad involvere tillitsvalgte og ansatte i beredskapsplanleggingen. Involvering og medvirkning bidrar til å skape tillit og kan bidra til nødvendig informasjon om forhold av betydning for beredskapsarbeidet. Beredskapsplanlegging som planlegges sentralt, bør åpne for lokale tilpasninger og faglige vurderinger.

Planlegging og øvelser må forankres i hele helsetjenesten og på alle nivåer. Ansvar og myndighet må fordeles tydelig nedover i systemet, slik at beslutninger tas nær situasjonen som skal håndteres.

Det er avgjørende for forsvarlighet og effektivitet at involvering av helsepersonell/klinikere sikres i forbindelse med både planlegging, øvelser, risikovurdering, prioriteringer, beslutninger mm. Legeforeningen ber om at det i forbindelse med arbeidet med proposisjonen gis tydelige føringer for involvering av helsepersonell.

Legeforeningen mener beredskapsplaner, kontaktlister, styringsinformasjon mm ikke kun bør være tilgjengelig digitalt. Erfaringene fra både pandemien og økende digital sårbarhet viser at ensidig digital avhengighet er en risiko i seg selv. Erfaringene fra Covid-19 pandemien viste at effektiv beredskap forutsetter tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i forvaltningen.

Ved eventuell revisjon av helseberedskapsforskriften bør det vurderes å innføre en plikt til å integrere frivillige organisasjoner i planverk slik at disse er samtrent med andre aktører i beredskapsarbeidet.

*Forholdet mellom forsvarstjenesten og den sivile helsetjenesten*

Departementet skriver 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. Det er ikke bare i spesialisthelsetjenesten at det finnes helsepersonell som også er aktuelle for styrkedisponering hos Forsvaret, og vi etterlyser et tilsvarende samarbeid om kommunalt helsepersonell som bør kunne disponeres av Forsvaret ved krig eller i situasjoner hvor krig truer. Dette må inngå i virksomhetenes planlegging, og virksomhetene som er omfattet av helseberedskapsloven må derfor ha informasjon som gjør dem i stand til å lage en oversikt over hvem som er tjenestepålagt etter Forsvarsloven.

Høringsnotatet viser også til at det i en krigssituasjon med mange sårede og skadde, må helse- og omsorgstjenesten omorganisere og innrette sin virksomhet mot å primært ivareta Forsvarets behov. Det vil være krevende å planlegge dersom den sivile helse- og omsorgstjenesten ikke har innsyn i konkrete oppgaver som ansatte har eller vil få etter forsvarsloven. Det må også legges planer for evt. fravær av de personer som jobber i delte stillinger mellom sivil og militær helsetjeneste.

Det er videre behov for avklaring av om helseberedskapsloven gjelder for helsetjenesten som er under Forsvarets ledelse. Vi anbefaler at departementet ifm arbeid med proposisjonen avklarer om Forsvarets sanitetstjenester er underlagt Helseberedskapsloven, uavhengig av om personellet er underlagt tjenestepålagt etter Forsvarsloven.

### 5 Beredskapsregistre – personvernkonsekvenser – jf § 2-4

Det foreslås en rekke utvidelser i bestemmelsen om beredskapsregistre. Legeforeningen er enig i at behov for data vil oppstå raskt i en krisesituasjon og at det er behov for innsamling av data for håndtering. Hensynet til effektivitet må likevel veies grundig opp mot den enkeltes personvern. Legeforeningen mener at hensynet til innbyggernes personvern må veie tungt for registre som vil inneholde sensitive person- og helseopplysninger.

Selv om beredskapsregistrene som opprettes vurderes å være i tråd med personvernlovgivning, vil de ovennevnte utvidelsene innebære at de samlede personvernkonsekvensene blir større enn etter dagens regelverk, noe departementet også påpeker.

Høringsnotatet vurderer blant annet forholdet til Personvernforordningen og konkluderer med at "personvernprinsippene i artikkel 5 i personvernforordningen samlet sett blir godt ivaretatt ved forslagene". Legeforeningen er uenig og mener at rammene bør strammes inn på flere punkter. Dagens sikkerhetspolitiske situasjon, datakraft og digital sårbarhet underbygger behovet for skjerpede skranker i loven.

#### *Behov for presisering av saklig virkeområde*

Forslaget åpner for etablering av beredskapsregistre i ulike situasjoner - for eksempel:

- "for å gi oversikt og kunnskap om utbredelse, årsakssammenheng og konsekvenser av miljøhendelser jf § 2-4 nr. 1" og
- "ved andre typer kriser og beredskapssituasjoner – jf § 2-4 nr. 3"
- og "for å ivareta internasjonale rapporteringsforpliktelser og administrative oppgaver i en beredskapssituasjon – jf § 2-4 nr. 4", og
- ved "beredskapsøvelser iverksatt av departementet, jf § 2-4 nr. 5".

Dette er vide og skjønnsmessige angivelser av hvilke situasjoner der beredskapsregistre kan opprettes og vil øke risikoen for både formålsutglidning, at beredskapsregisteret gradvis brukes videre, og til tilgrensede formål. Risikoen forsterkes dersom departementet kan beslutte videre behandling etter at hendelsen er "avklart".

Legeforeningen anbefaler at kategoriene i større grad spesifiseres for å være i tråd med EMK art. 8 og GDPR art. 9(2)(g)/(i). Vi mener at kategorien «administrative oppgaver» enten bør snevres inn eller fjernes som selvstendig grunnlag, og i større grad knyttes til konkret krisehåndtering eller etterarbeid (evaluering/læring). Det er uklart hva terskelen er for at en situasjon er en "krise" eller en "beredskapssituasjon". Skal terskelen forstås på samme måte som inngangsvilkåret i § 1-5? Dette bør presiseres.

#### *Behandlingsansvar og behov for styring*

§ 2-4 legger databehandlingsansvaret til etaten som etablerer registeret. Ordningen er begrunnet med behov for raske beslutninger og tilgang til viktig datagrunnlag for å håndtere krisesituasjoner. Høringsnotatet peker generelt på behovet for styrket beredskap og styrket legitimitet, men beskriver i liten grad styring og tilsyn med registre som inneholder svært sensitive personopplysninger. Legeforeningen savner en vurdering av hvordan kravene i GDPRs risikobaserte system ivaretas i forslaget. Slike krav kan for eksempel være krav om DPIA før etablering eller klarere frister for sletting og/eller et system med automatisk sletting/anonymisering dersom forlengelse ikke besluttes av departementet.

#### *Nødvendighet, forholdsmessighet og dataminimering*

Høringsnotatet drøfter personvernkonsekvenser og konstitusjonelle rammer overordnet, men Legeforeningen savner en mer konkret vurdering knyttet til nødvendighet og forholdsmessighet, særlig siden beredskapsregistre kan inneholde opplysninger med direkte personidentifiserende kjennetegn. Skjerpede krav til kobling av datasett i flere registre bør også vurderes.

#### *Sletting, anonymisering og videre bruk*

§ 2-4 pålegger sletting/anonymisering «når hendelsen er avklart og evaluert», men gir departementet adgang til å beslutte videre behandling. Adgang til videre behandling er lite konkretisert mht. kriterier, tidsbegrensninger og bruksområder (f.eks. metodeutvikling, beredskapsøvelser og forskning). Risikoen er at midlertidige beredskapsregistre opprettholdes over lang tid. Vi anbefaler at det vurderes å stille krav til at fortsatt behandling knyttes til konkrete formål i helseregisterloven (statistikk, analyse, forskning mm) og at slik behandling må ha nytt rettslig grunnlag. Vi påpeker også at det er større risiko for mindre åpenhet under kriser og den registrertes rettigheter (innsyn, retting, sletting) kan i praksis bli svakere. Det er positivt at videre behandling skal besluttes i forskrift. Dette vil sikre offentlighet og kan bidra til større tillit til beslutningen.

#### *Kritikk knyttet til forvaltning av helseregistre*

Legeforeningen viser også til at Riksrevisjonen ved flere anledninger har vært kritiske til forvaltning av helseregistre og har påpekt at Helsedirektoratet (Hdir), Folkehelseinstituttet (FHI) og tidligere Statens legemiddelverk (nå Direktorat for medisinske produkter) ikke behandler person- og helseopplysninger i tråd med lovpålagte krav til informasjonssikkerhet og personvern og har heller ikke oversikt over sikkerhetsarbeidet som blir gjort hos driftsleverandørene. Det er også påpekt at virksomhetene ikke arbeider systematisk med risiko og tiltak, noe som øker sårbarheten ved behandling av sensitive data i registre. Funnene er relevante for beredskapsregistre, da FHI og Helsedirektoratet har hjemmel til å opprette beredskapsregistre, og det foreslås at Direktoratet for medisinske produkter skal få hjemmel til å etablere beredskapsregistre. Svak informasjonssikkerhet er også en beredskapsrisiko.

Legeforeningen mener at ovennevnte innspill i større grad harmonerer med GDPRs grunnprinsipper om dataminimering og lagringsbegrensning. Dagens sikkerhetspolitiske situasjon, datakraft og digital sårbarhet underbygger behovet for skjerpede skranker i ny lov.

Legeforeningen støtter ikke følgende forslag da vi mener de vil øke de samlede personvernkonsekvensene for de registrerte.



- Adgangen til å opprette beredskapsregistre utvides til også å gjelde Direktoratet for medisinske produkter
- ny hjemmel for opprettelse av beredskapsregister ifm beredskapsøvelser iverksatt av Departementet
- Den som plikter å tilgjengeliggjøre opplysninger kan ikke kreve vederlag for kostnader ved å oppfylle opplysningsplikten.

Departementet ber spesifikt om innspill til følgende forslag:

#### *Hvilke virksomheter som skal få hjemmel til å opprette beredskapsregistre*

Legeforeningen støtter ikke forslaget om at Direktoratet for medisinske produkter (DMP) skal ha hjemmel til å opprette beredskapsregistre, og viser til redegjørelsen ovenfor om personvernkonsekvenser av forslaget. Departementet begrunner blant annet forslag om at fordi det i krise og beredskapssituasjoner er hensiktsmessig å ha en oversikt over virkninger og bivirkninger av vaksiner. Det er allerede flere registre hvor informasjon om slike virkninger registreres i dag (Bivirkningsregisteret i direktoratet for medisinske produkter, Bivak (FHI) og SYSVAK (nasjonalt vaksinerregister).

#### *Hvem det skal kreves opplysninger fra*

Forslaget innebærer en betydelig utvidelse da det foreslås en opplysningsplikt fra *offentlige kilder eller private helse- og omsorgstjenester*. Også dette innebærer at det samlet sett vil registreres flere person- og helseopplysninger fra de registrerte. På den annen side er dette en harmonisering med smittevernloven, og i en beredskaps/krisesituasjon som omfattes av smittevernloven vil man oftest kunne ta i bruk hjemmelen i smittevernloven, noe som også ble gjort ifm COVID19 pandemien. Det vil også ha økonomiske og administrative konsekvenser for de private helse- og omsorgstjenester som har opplysningsplikt da slike opplysninger skal avgis uten vederlag. Legeforeningen støtter forslaget da det er hensiktsmessig at hjemmelen til helseberedskapsregistre er samlet i helseberedskapsloven og ikke spredt på to lover. Vederlag til næringsdrivende bør lovfestes.

#### *Hvem opplysningene skal tilgjengeliggjøres for*

Departementet uttaler at lovens § 2-4 tredje ledd må forstås slik at den gir hjemmel til å tilgjengeliggjøre opplysninger i et beredskapsregister til andre som har en rolle i beredskapsarbeidet. Legeforeningen påpeker at slik tilgjengeliggjøring kan ha konsekvenser for personvernet til den registrerte og anbefaler at det vurderes skjerpede krav til slik tilgjengeliggjøring.

#### *Vederlag*

Det foreslås at "den som plikter å tilgjengeliggjøre opplysninger etter første og andre punktum (offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste og virksomheter nevnte i folkehelseloven § 29 andre og tredje ledd... fra databehandler som behandler opplysninger på vegne av virksomheter som omfattes av plikten til å tilgjengeliggjøre.") ikke kan kreve vederlag for kostnader ved å oppfylle opplysningsplikten. Unntak fra dette er kommuner og fylkeskommuner som kan kreve vederlag for å dekke sine kostnader. Arbeidet med å finne fram til og sortere opplysningene som kreves iht denne bestemmelsen vil kunne være tidkrevende. For næringsdrivende leger vil dette kunne på bekostning av andre inntektsgivende oppdrag. Legeforeningen mener at det må åpnes opp for honorering for næringsdrivende leger i lovteksten og legger til grunn at timesatsen i salærforskriften må kunne brukes for dette arbeidet, jf Rundskriv G- 05/2025 fra Justis- og beredskapsdepartementet.

## 6 Tjenesteplikt, beordring og registrering - jf § 4-1

Det foreslås kun mindre endringer i bestemmelsen. Konkret foreslås det at pålegg om tjenesteplikt ikke gjelder for personer under 18 år eller over 72 år eller personer med vesentlig og varig nedsatt arbeidsevne. Departementet skriver at de vil ta stilling til om det skal vedtas en helt ny lov eller kun endringer i loven. Vi legger derfor til grunn at også bestemmelser der det ikke foreslås endringer er på høring og vil kunne endres. Vi har derfor flere innspill til denne bestemmelsen og mer generelt om behov for å lovfeste involvering av arbeidslivets parter.

### *Vilkår*

Vilkår for beordring av personell som omfattes av loven er inngangsvilkåret i § 1-5 – "når det er nødvendig for å ivareta lovens formål og når riket er i krig eller når krig truer, og ved kriser eller katastrofer i fredstid som har intrådt eller som med stor sannsynlighet vil inntre i nærmeste fremtid." Det vises til det vi har skrevet ovenfor om de vide og skjønnsmessige vilkårene som medfører at terskelen for å ta i bruk bestemmelsen er utvidet sammenlignet med gjeldende rett. Legeforeningen reagerer på at forsettlig eller uaktsom brudd på bestemmelsen er straffesanksjonert.

### *Forholdet til annen lovgivning*

Departementet viser til arbeidsrettslig regulering av arbeidsgivers styringsrett og påleggsadgang i helse- og omsorgstjenestelovgivningen og annen beredskapslovgivning. Legeforeningen etterlyser en mer tydelig oversikt om sammenhengen mellom regelverkene og hvilke beordrings/påleggshjemler som gjelder i ulike situasjoner. Dette kan bidra til å styrke etterlevelse, kvalitet og forutsigbarhet.

### *Frivillighet bør lovfestes*

Det er viktig at frivillighet alltid skal være forsøkt før personell beordres. Erfaringene fra covid19, men også store hendelser som Utøya og andre lokale alvorlige hendelser, viser at norsk helsetjeneste har en svært høy mobiliseringsevne gjennom frivillighet, fleksibilitet og lojalitet til samfunnsoppdraget. Denne mobiliseringsevnen forutsetter tillit, forutsigbarhet og gode rammer. Overdreven, feil eller for tidlig bruk av beordring kan undergrave nettopp den frivilligheten. Erfaringer fra covid- 19 viste også at bruk av beordring mv. ble vurdert å være kontraproduktivt da det ville kunne svekke helsepersonells vilje og motivasjon til å bidra med ekstraordinær innsats.

Legeforeningen anbefaler derfor at frivillighetsprinsippet lovfestes. Dette er desto viktigere når forsettlig eller uaktsom overtredelse av bestemmelsen er straffesanksjonert.

### *Krav til "nødvendighet" og "forholdsmessighet" bør lovfestes*

I motsetning til smittevernloven § 1-5 inneholder ikke helseberedskapsloven § 4-1 et eksplisitt krav om å vurdere nødvendighet og forholdsmessighet for å anvende bestemmelsens fullmakter. Departementet legger til grunn at det må innfortolkes et krav om nødvendighet og forholdsmessighet. Legeforeningen anbefaler likevel at kravet til nødvendighet og forholdsmessighet lovfestes i bestemmelsen da dette vil bidra til å øke bevisstheten for de som skal anvende bestemmelsen samt føre til likere praktisering av loven.

### *Krav til "vesentlig og varig redusert arbeidsevne", jf § 4-1 tredje ledd*

Legeforeningen stiller spørsmål ved hvilke dokumentasjonskrav som gjelder knyttet til forslaget om at personer med vesentlig og varig redusert arbeidsevne ikke kan beordres. Det er uklart hvilken dokumentasjon som kreves og dersom det stilles krav til utredning hos helsepersonell og arbeid med å dokumentere et vesentlighetskrav, er dette uheldig i en situasjon der helsevesenets kapasitet er satt på strekk.

### *Nødvendig hvile*

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen om at arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven ikke skal få anvendelse ved pålegg etter § 4-1. Utgangspunktet må være at



arbeidsmiljøloven og tariffavtalene gjelder også i ekstraordinære situasjoner. Eventuelle unntak fra gjeldende arbeidstidsbestemmelser må primært søkes løst i et samarbeid mellom partene i arbeidslivet. Unntak må være målrettede og tidsbegrensede, og kun benyttes i nødsfall. Legeforeningen mener det vesentlige er at arbeidsmiljølovens overordnede krav til forsvarlighet – og særlig hensynet til forsvarlig arbeidsbelastning og nødvendig hvile for arbeidstakerne - må ivaretas også i en krisesituasjon. Det vil være både av hensyn til den enkelte og for å hindre at utslitt personell går ut over krisehåndteringsevnen. At forsvarlig arbeidsbelastning og nødvendig hvile er en forutsetning også ved bruk av § 4-1 bør presiseres nærmere – enten i lovteksten eller i forarbeidene.

#### *Forholdet til partene i arbeidslivet*

Bestemmelsen om tjenesteplikt og beordring i § 4-1 medfører i stor grad tilsidesettelse av arbeidslivets parter, da den ikke har bestemmelser som sikrer at arbeidslivets parter har en formalisert rolle. Norsk arbeidsliv har gode mekanismer for å sørge for rask endring ved behov. Det å bygge på partssamarbeid, dialog og bruk av frivillighet i krisetid vil være viktig for å oppnå tilpassede løsninger og for å opprettholde tillit og oppslutning om nødvendige tiltak. Det vil også redusere risikoen for turnover og at helsepersonell søker seg til annet arbeid underveis eller i etterkant av krisen.

Gitt lovens vide anvendelsesområde jf formålsparagraf og inngangsvilkår og vide adgang til tjenesteplikt og beordring i § 4-1, reagerer Legeforeningen på at involvering av arbeidslivets parter ikke er regulert. Det er nødvendig med tett dialog mellom partene i arbeidslivet når kriser oppstår, for å finne gode løsninger. I forbindelse med reforhandling av Hovedavtalen i januar 2026 er Akademikerne og Spekter enig om en felles erklæring som tydeliggjør partenes felles ansvar og samarbeid om beredskap.

Det er overraskende for Legeforeningen at endringene som ble gjort i sivilbeskyttelsesloven for å inkludere arbeidslivets parter ikke engang er vurdert eller foreslått inntatt i beredskapsloven. Følgende bestemmelse ble tatt inn i sivilbeskyttelsesloven § 28 b tredje ledd som lyder: "Forskrifter etter §§ 28c til 28f skal forelegges partene i arbeidslivet for uttalelse før de vedtas, med mindre det er åpenbart unødvendig eller vil medføre en uforsvarlig forsinkelse". § 28c i sivilbeskyttelsesloven gjelder "Regulering av adgangen til å etablere og avslutte arbeids- og tjenesteforhold". § 28 c gjelder "Regulering av arbeids- og tjenesteforhold". § 28 e gjelder "Pålegg om arbeidsplikt" og § 28f gjelder "Saksbehandlingsregler og unntak fra forvaltningsloven og personopplysningsloven."

Helseberedskapsloven griper på en omfattende måte inn i, og gir adgang til å tilsidesette, både arbeidsmiljøloven, arbeidsavtaler, og tariffavtaler. Arbeidslivets parter bør inkluderes, både på overordnet nivå når departementet vurderer å beslutte inngripende tiltak, og i den enkelte virksomhet, når arbeidsgiver vurderer beordring. Sekretariatet anbefaler at sivilbeskyttelseslovens regulering av involvering av arbeidslivets parter tas inn i helseberedskapsloven, og at det i tillegg presiseres en forpliktelse for arbeidsgiver til drøfting med arbeidstakerorganisasjonene, med mindre det er åpenbart unødvendig eller vil medføre en uforsvarlig forsinkelse.

Legeforeningen vil vise til at trepartssamarbeidet er en viktig bærebjelke i det norske samfunnet, som bidrar til at tilliten til myndighetene tradisjonelt er høyere enn en del andre land som ikke har samme konstellasjon. Viktigheten både av dette samarbeidet, men også av samarbeidet mellom partene i arbeidslivet, kom klart til uttrykk under Covid-19 pandemien. Partene viste stor fleksibilitet og tilpasset raskt tariffavtaler til behovet i det som har vært beskrevet som den største krisen siden 2. verdenskrig.

#### *Øvrige innspill*

Ved bruk av beordringsadgang må virksomhet som beordrer ta hensyn til reell og oppdatert kompetanse, erfaring og funksjon. Feil bruk av personell kan svekke både pasientsikkerhet og beredskap. Dette forutsetter god oversikt, men også lokal og regional kunnskap og faglig skjønn.

Det kan oppstå uklar grensegang mellom tjenesteplikt og beordring for sivilt helsepersonell og i hvilke situasjoner Forsvarets sanitetspersonell skal ta over. De er utdannet og trent til å stå i krig. Det er ikke det meste av sivilt helsepersonell. Vi ber om at dette avklares.

### 7 Derogasjon – jf § 7-1

Det er presisert i forslaget at derogasjonshjemmelen kun er ment som en lovfestet sikkerhetsventil for å kunne fastsette midlertidige forskrifter med lovs innhold i situasjoner som omfattes av inngangsvilkåret i § 1-5.

#### ***Materielle og prosessuelle skranker ved derogasjon***

Overordnet støtter Legeforeningen forslaget om å videreføre derogasjonsadgangen i helseberedskapsloven.

Ettersom derogasjon i sin natur fraviker de ordinære demokratiske prosesser som har til formål å sikre demokratisk legitimitet, hindre maktmisbruk og sikre tillit til myndighetene, må derogasjonsadgangen være rammet inn av tilstrekkelige prosessuelle skranker som skal ivareta rettsikkerhet og rettsstat.

Departementet har inntatt en nokså omfattende omtale og vurdering knyttet til utformingen av fullmaktshjemler, og det vises til at derogasjonshjemmelen i loven bør rammes ytterligere inn av materielle og prosessuelle begrensninger for å tydeliggjøre vilkårene for at derogasjonsadgangen skal komme til anvendelse, samt sørge for en større grad av maktbalanse.

Legeforeningen mener det er positivt at departementet har hensyntatt innspillene og kritikken som har kommet fra utvalgene og akademia, og tydeliggjort og strammet inn derogasjonsadgangen noe. På den annen side er derogasjonsadgangen utvidet sammenlignet med gjeldende rett da inngangsvilkåret er utvidet og det også åpnes for å gi forskrifter som fraviker tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter og regler om ansvar, drift og organisering i helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen. Spørsmålet er derfor om de foreslåtte sikringsmekanismene er en hensiktsmessig og tilstrekkelig regulering all den tid fullmaktene som foreslås er svært vidtrekkende.

Legeforeningen anerkjenner departementets poeng om at regjeringen vil ha en handlingsplikt ved enhver alvorlig krise etter Grunnloven § 3, og at en fremtidig derogasjonsadgang må ivareta både samfunnets behov for at myndighetene raskt kan innføre nødvendige smitteverntiltak for å beskytte befolkningen, samt myndighetenes forpliktelse til å ivareta befolkningen, inkludert barn og rett til liv og helse. Dette er forhold som taler for en vid derogasjonshjemmel.

Legeforeningen har følgende innvendinger til forslaget.

#### *Nærmere om innholdet i forslaget*

##### *Inngangsvilkåret*

Legeforeningen påpeker at inngangsvilkåret i § 1- 5 henstiller til skjønnsmessige vurderinger. Legeforeningen støtter ikke at det åpnes for derogasjon i situasjoner der en krise eller katastrofe "med stor sannsynlighet vil inntreffe i nærmeste fremtid". Det vil fort være uforholdsmessig å fravike grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper i forebyggende øyemed og uten at det er en prekær fare. Vilket er dessuten ikke tilstrekkelig klart eller avgrenset. Derogasjonsadgang bør ikke være betinget av svært skjønnsmessige konkrete helhetsvurderinger. Legeforeningen støtter derfor ikke forslagene til utvidelse av inngangsvilkår, og viser til det vi har skrevet ovenfor under punkt 3.2 Det vil uansett være behov for god veiledning og et tolkningsprinsipp om at hjemlene, ved tvil, skal tolkes innskrenkende.

### Særlig om adgang til å fravike helse- og omsorgstjenestelovgivningens regulering av drift, organisering og ansvarsforhold

Legeforeningen påpeker at organisering og ansvar i helse- og omsorgstjenesten er viktig for hele helsetjenesten, men kommer særlig på spissen i forbindelse med krise og krig i Nord-Norge. Da forslaget åpner for å gjøre unntak fra regler om drift, organisering og ansvarsforhold, velger vi å benytte sjansen til å peke på noen forhold av særlig betydning for denne landsdelen. Det er forventet at spesielt Kirkenes sykehus, men også Hammerfest sykehus, vil måtte evakueres i tilfelle en russisk invasjon. Hvis dette skjer, står befolkningen i Finnmark i praksis uten spesialisthelsetjenester i eget fylke, med unntak av noe kapasitet ved Klinikk Alta. Neste sykehus i regionen er UNN Tromsø. Avstanden mellom Kirkenes sykehus og UNN Tromsø er 475km i luftlinje. Kjøreavstanden er betydelig lengre, og regnes å være over 800km og går igjennom Sverige og Finland. Ved en invasjon er det lite sannsynlig at luftambulansetjenester kan benyttes. Nord-Norge som landsdel vil derfor fort havne i den samme situasjonen som Finnmark. Dette medfører at legevaktene og kommunene i Finnmark vil måtte utføre en stor grad av spesialisthelsetjenester, og at bruk av denne lovfestede adgangen til å fravike normal regulering mellom nivåene i helsetjenesten vil være særlig aktuell i nord. Flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helsetjenester krever utdanning og opplæring. Dette må planlegges for i "fredstid" og det må finansieres.

### Særlig om adgang til å fravike tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter i helse- og omsorgsrettighetslovgiving

I en krise og krigssituasjon vil det kunne oppstå betydelige ressurs- og kapasitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Legeforeningen mener derfor at det må legges til rette for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne foreta prioriteringer. Vi påpeker at fagmiljøene er helt sentrale ressurser for å kunne gjøre gode og nødvendige prioriteringer. Leger må sikres reell involvering ifm endringer i rettigheter og prioriteringer. Erfaringene fra blant annet Legeforeningens prioriteringsarbeid under Covid-19 viser at faglig forankrede retningslinjer, utviklet i samarbeid med fagfolkene, er avgjørende for legitimitet, etterlevelse og tillit, både internt i helsetjenesten og i befolkningen.

I noen tilfeller vil det være nødvendig å gjøre unntak fra fastsatte rettigheter og plikter for å gjøre helsetjenesten i stand til å prioritere grunnleggende oppgaver knyttet til liv og helse.

Legeforeningen vil samtidig understreke at det er grunnleggende å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Det er viktig å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten og ivareta respekten for den enkelte pasient. Dette ivaretas blant annet gjennom lovfestede rettigheter. Også i en krisesituasjon vil befolkningen ha helseutfordringer som må ivaretas for å unngå risiko for forverret helse. Legeforeningen vil understreke at det klare utgangspunktet bør være at lovgivningen er utformet på en slik måte at den er anvendelig i både hverdag og kriser. Helsetjenesten må være rustet for å håndtere og dimensjonert for også ekstraordinære forhold og større kriser og dermed ha en viss ekstra kapasitet.

Terskelen for å gjøre unntak fra sentrale pasient- og brukerrettigheter bør være høy. Legeforeningen påpeker at det er forskjell på ulike typer rettigheter, og at det i forbindelse med bruk av derogasjonshjemmelen skal svært mye til for å det skal gjøres unntak fra retten til nødvendig helsehjelp som følger av pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a og § 2-1 b, og plikten til å yte forsvarlige tjenester. Vi presiserer også at unntakene fra pasientenes rettigheter ikke må gå lenger enn strengt nødvendig, og at unntak må vurderes forløpende.

Legeforeningen mener det bør innføres materielle begrensninger i derogasjonsadgangen og foreslår følgende tilføyelse som et nytt tredje ledd i § 7-1: "*Forskrifter etter første ledd kan ikke fravike kravet til faglig forsvarlighet etter helselovgivningen.*"

### Formålskrav

Legeforeningen finner de materielle begrensninger som er inntatt gjennom formålskrav for forskrifter vedtatt i medhold av § 7- 1 annet ledd i hovedsak som hensiktsmessig. Vi påpeker likevel at også her oppstilles det skjønnsmessige vilkår som bør tolkes strengt.

Vi stiller spørsmål ved hvorvidt formålet om å "sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen" (§7-1 annet ledd bokstav b) er tilstrekkelig avgrenset. Dette er et rent forebyggende formål hvor avvik fra gjeldende lovgivning bør følge alminnelig lovgivningsprosesser. Det synes ikke tilstrekkelig begrunnet i høringsnotatet at det er behov for derogasjonsadgang for å ivareta dette formålet. Tvert imot vises det til en rekke eksempler der formålet ble ivaretatt gjennom midlertidige unntakshjemler vedtatt gjennom ordinær lovgivningsprosess.

### Ikke mulig med ordinær lovbehandling

I motsetning til hva som gjelder etter smittevernloven er det i dagens helseberedskapslov ikke tatt inn som et vilkår for å anvende bestemmelsen at det er "fare ved opphold". I forslag til ny smittevernlov og helseberedskapslov er vilkårene for anvendelse av derogasjonshjemmel foreslått harmonisert. Vi mener departementets forslag om å tydeliggjøre i selve lovteksten at anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kun skal være mulig dersom formålet ikke kan ivaretas gjennom ordinær lovbehandling, er positivt, all den tid dette er et sentralt premiss for at derogasjonsadgangen skal være aktuell. Departementet presiserer videre at "Vilkåret skal ikke forstås for strengt". Vi mener imidlertid derogasjonsadgangen bør anvendes svært konservativt og stiller derfor spørsmål ved denne tolkningsuttalelsen.

### Midlertidighet

Legeforeningen vurderer det som nødvendig at bestemmelsen uttrykkelig konkretiserer derogasjonsadgangens midlertidighet. Slik bestemmelsen foreslås, fremgår det at den gir hjemmel til å "fastsette midlertidige forskrifter med lovs innhold". Det vises til beredskapsloven §§ 3 og 4, som innebærer at såfremt bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget, skal de snarest mulig legges fram som lovforslag (§ 3 tredje ledd) og hvis bestemmelsene ikke tidligere er opphevet, faller de bort ved oppløsningen av det første ordentlige Storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt (§ 4 andre ledd).

### Mindretallsrettigheter

Legeforeningen stiller spørsmål ved om lovforslaget bør sikre visse mindretallsrettigheter for Stortinget. Departementet har vurdert at hensynet til krisehåndtering og behovet for klare ansvarslinjer i en nasjonal helsekrise, taler mot at et mindretall på Stortinget bør kunne oppheve forskriftene. Det fremstår ikke som rimelig eller 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. Poengene som fremheves her er tungtveiende.

Vi vil likevel foreslå at det på annet vis sikres visse mindretallsrettigheter. En hjemmel for at stortinget med kun en tredjedel av stemmene kan oppheve en vedtatt forskrift gitt med hjemmel i derogasjonsbestemmelsen, kan være hensiktsmessig.

### Krav om høringer

Lovforslaget innebærer ingen angivelse av at høringer som en klar hovedregel skal gjennomføres også ved bruk av derogasjonshjemmelen. Legeforeningen støtter departementets forslag om å ikke lovfeste et krav om høringer i forbindelse med bruk av derogasjonshjemmelen. Vi vil likevel understreke at høringer bør gjennomføres så langt det er mulig, men at det må ses hen til situasjonens alvorlighet og graden av hast.

## 8 Begrensninger i adgang til å fastsette forskrift med lovs innhold eller som fraviker gjeldende lovgivning, jf § 7-3

Departementet ber særskilt om innspill til hvorvidt forslag til § 7-3 eksplisitt bør presisere at vedtak med hjemmel i § 7-1 (derogasjon) må være i samsvar med Grunnloven og Norges menneskerettslige forpliktelser.

Legeforeningen vurderer det som hensiktsmessig av pedagogiske hensyn og med henblikk på at loven skal brukes bredt av ikke-jurister, at en slik presisering inntas. Selv om det ikke er rettslig nødvendig fordi det allerede følger av Grunnloven og menneskerettighetsloven at disse er overordnet annen lovgivning, vil en slik presisering tydeliggjøre og minne lovens brukere på en viktig begrensning. Også i lys av erfaringene fra Korona-håndteringen, hvor det var tilfeller av manglende vurderinger av forskrifters samsvar med Grunnloven og menneskerettighetsloven, gir en slik presisering god mening.

Det faktum at helseberedskapslovens derogasjonsbestemmelse er uttalt å "kodifisere konstitusjonell nødrett", kan dessuten føre til misforståelser om at bestemmelsen gir grunnlag for å fravike grunnloven og menneskerettighetene. For å tydeliggjøre at helseberedskapsloven ikke er ment å omfatte slik myndighet, og at slik utøvelse av konstitusjonell nødrett derfor må skje i tråd med ulovfestet rett, er en slik presisering hensiktsmessig.

## 9 Domstolskontroll, jf § 7-4

Legeforeningen støtter forslag til §7-4 som hensiktsmessig og en viktig presisering av domstolenes uavhengige rolle. Dette er særlig viktig når det er tale om avvik fra grunnleggende rettsstatsprinsipper.

## 10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementet uttaler at de foreslåtte fullmaktsbestemmelsene ikke i seg selv medfører økonomiske og administrative konsekvenser, men at kostnadene utløses når forskriftene fastsettes.

Legeforeningen mener dette er problematisk fordi fullmaktslovgivning med potensielt omfattende økonomiske og administrative konsekvenser bør drøftes og vurderes opp mot mulige scenarier. Kostnader for kommuner, sykehus og private aktører kan bli betydelige, men er ikke synliggjort i høringsnotatet.

Vi påpeker også at flere av bestemmelsene legger opp til nokså kompliserte juridiske vurderinger der ulike menneskerettigheter og viktige samfunnsinteresser kan være i konflikt. Departementet påpeker behov for at kvaliteten av de menneskerettslige vurderingene skal øke og dette vil kreve økt ressursbruk. Det er en mangel ved høringsnotatet at dette ikke er inkludert i vurderinger av forslaget økonomiske og administrative konsekvenser.

Spesialist- og primærhelsetjenesten er grunnpilaren i helseberedskapsplanen, men det fremkommer ikke tydelige anslag for bemanningsbehov, kostnader knyttet til nye beredskapsplaner, øvelser og rapporteringskrav, eller behov for digital infrastruktur og datadeling. At helsetjenesten pålegges ansvar uten at det er utarbeidet vurdering av finansieringsbehov, kan svekke gjennomføringsevnen.

## 11 Straff- jf § 8-7

Legeforeningen er kritiske til at omfattende plikter med inngripende virkninger og skjønsmessige inngangsvilkår straffesanksjoneres. Betydningen av straffesanksjoneringen synes ikke tilstrekkelig utredet i høringsnotatet. Lovens straffehjemmel gjelder også for forskrifter fastsatt med hjemmel i lovens fullmaktsbestemmelser. Legeforeningen reagerer på at man her fastsetter straffesanksjoner for brudd på forskrifter som ikke er vedtatt og derfor har ukjent innhold.

En beredskapssituasjon kan medføre omfattende plikter for virksomheter og helsepersonell. Straff bør reserveres for forsettlig eller grovt uaktsomme brudd som vesentlig svekker beredskapsplanen eller



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

liv/helse. Hjemler som åpner for straff ved rene formfeil eller mindre pliktbrudd kan være uforholdsmessige, og bør erstattes av administrative sanksjoner (tvangsmulkt/overtredelsesgebyr). Høringsnotatet legger generelt vekt på forholdsmessighet i tiltakene, dette bør også gjenspeiles i sanksjonsbestemmelser i loven.

Trussel om straff kan skjerpe etterlevelsen, men i en krise er det ofte utfordringer knyttet til den praktiske gjennomførbarheten (mangel på personell/utstyr, IKTsvikt, forsyningsbrudd) som er årsaken til svikt/manglende etterlevelse. Etterlevelse bør i større grad legges opp til veiledning og pålegg. Der slike tiltak ikke fører fram, bør det for eksempel vurderes hjemmel for tvangsmulkt ifm manglende etterlevelse. Straff bør uansett reserveres for kvalifiserte brudd. Legeforeningen anbefaler at skyldkrav endres fra uaktsomhet til grov uaktsomhet.

Med hilsen  
Den norske legeforening  
Jus- og arbeidsliv

Siri Skumlien  
generalsekretær

Lars Duvaland  
direktør

*Saksbehandler: Siri Næsheim, spesialrådgiver/jurist*

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)