



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 22/01663-4
Arkivkode: G00
Saksbehandler: Anne Gamme
Deres referanse:
Dato: 02.11.2022

Innspill til helseberedskapsmeldingen

Innledning

Dagens usikre verdenssituasjon viser med all tydelighet at det ikke er lett å overskue hva som blir den neste krisen. Det er svært viktig og naturlig at beredskap kommer høyere opp på den politiske agendaen både lokalt og nasjonalt. Samtidig skaper det noen avklaringsbehov. Ett av disse vil være hva som skal til for å kalle noe en helsekrise kontra en samfunnskrise som berører flere samfunnssektorer. Det vil være viktig å avklare tydeligere hvilken rolle helseforvaltningen skal ha, og når justissektoren som nasjonal beredskapsansvarlig skal ta over håndteringen fordi krisene involverer flere samfunnssektorer. Helsesektoren er stor og har omfattende beredskapskompetanse, men det bør avklares om ansvar for koordinering, kompetanse og kapasitet til å håndtere kriser, samt rådgivning overfor regjeringen, bør tydeligere plasseres hos en koordineringsaktør ved kriser som berører flere sektorer. Helse er viktig i de fleste kriser, men koronahåndteringen reiste noen spørsmål om hvorvidt vektingen av helsehensyn og helsetjenester fikk for stor plass foran andre hensyn, for eksempel opplæring mv. Dette bør inngå som en del av diskusjonen i meldingen og søkes avklart av Helse- og omsorgsdepartementet som ansvarlig sektordepartement i meldingsarbeidet. KS vil understreke at fremtidige helsekriser bør ta lærdom av erfaringene fra pandemien.

I det videre innspillet følger en utdyping av punkter KS mener helseberedskapsmeldingen bør omtale eller avklare. Her peker vi på hvordan erfaringer fra flere områder under pandemien bør benyttes inn i meldingsarbeidet. Vi omtaler særlig kommunenes rolle, og forventninger til kommunal sektor i og utenom kriser, og digitalisering vies særlig oppmerksomhet.

Erfaringene fra pandemien.

Erfaringene fra koronakrisen viste, slik koronakommisjonen har påpekt, at Norge ikke var reelt forberedt på en pandemi. Dette skjedde til tross for at en pandemi så sent som i 2019 ble holdt frem av DSB som det mest sannsynlige nasjonale krisescenariet, med de mest alvorlige konsekvensene.

Forsyning av smittevernutstyr under koronakrisen viste at det var uklare ansvarsforhold og manglende rutiner for leveranser av utstyr til kommunene i den første fasen.

Planverket for pandemier var på plass, men koronakrisen med manglende vaksiner, karantene av personell og behov for omdisponering mange egne ansatte, gjorde at planene ikke var tilstrekkelige. Det var derfor nødvendig å utvikle planverket underveis i pandemien, hvor kommuner som ble rammet tidlig kunne gi andre kommuner nyttig erfaringskunnskap.

Koronakrisen har vist behov for å gjennomgå samvirke i praksis nasjonalt, regionalt og lokalt. Mange kommuner har opplevd uklare ansvarsforhold og til dels ulike retningslinjer fra statlige myndigheter. Statsforvalterens rolle har variert betydelig fra fylke til fylke. En fragmentert stat og varierende regional

statlig praksis har bidratt til klarhet lokalt. I mange kommuner har det i praksis vært direkte dialog med nasjonale helsemyndigheter når spørsmål skulle avklares.

Koronakrisen viste at kommunene klarte å utføre pålagte smittevernoppgaver parallelt med de ordinære driftsoppgavene. Kommunene fant raskt frem til organisering og iverksetting av såkalte TISK-oppgaver (testing, isolering, smittesporing og karantene) og etter hvert vaksineringsoppgaver. I mange kommuner ble det etablert egen organisering som ivaretok oppgavene ved omdisponering av egne ansatte og etter hvert ekstern rekruttering av personell. Koronakrisen har gitt kommunene gode muligheter til å erfare hvordan de etablerte systemene fungerer, og styrket evnen til å finne løsninger etter hvert som behovene oppstår. Lokale planer som ikke var tilstrekkelige, ble utviklet underveis. Kommunikasjon og informasjon til egne innbyggere ble godt ivare tatt bl.a. kommunenes hjemmesider, sosiale medier og andre kommunikasjonsformer.

KS har i et eget FOU-prosjekt «Kommunenes erfaringer fra Koronakrisen så langt» som bl.a. bygger på spørreundersøkelse i alle landets kommuner i 2021, oppsummert i en hovedrapport (september 2021) og to tidligere delrapporter kommunenes erfaringer på flere områder som kan være av interesse for arbeidet med helseberedskapsmeldingen. Mange kommuner har også gjennomført egne evalueringer av Koronakrisen. Det nevnte FOU-arbeidet dokumenterer at kommunene ivaretok nye oppgaver parallelt med de ordinære oppgavene på en god måte.

Det er behov for å tydeliggjøre hvilke hendelser kommunene særskilt skal forberede seg på, og på hvilket nivå beredskapen forventes å være. Fragmentert ansvar og uklare linjer mellom nasjonalt, regionalt og lokalt nivå påvirker mulighetene for effektiv samfunnsikkerhet og beredskap lokalt. Kommuner og fylkeskommuner opplever også at arbeidet med samfunnsikkerhet og beredskap på nasjonalt nivå er for dårlig koordinert og samordnet. Det kan føre til at sektormyndigheter gir retningslinjer til sektorvirksomheter lokalt uten at det er koordinert på tvers av fagområder. Under koronapandemien har dette skjedd i praksis, hvor kommunene opplevde ulike signaler fra nasjonale sektormyndigheter som henvendte seg til sine lokale sektorvirksomheter med retningslinjer som ikke var tilstrekkelig koordinert. Det gav uklare styringssignaler lokalt.

Digitalisering, pandemi og smittevernberedskap

Som nevnt over har kommunene gjennom pandemien hatt et omfattende ansvar for test, isolasjon, smittesporing, karantene og vaksinasjon. Det gode arbeidet i kommunene profiterte hele samfunnet på. Kommunene har utvist en stor omstillingsevne, og var raske til å etablere velfungerende pandemitjenester for alle Norges innbyggere og innreisende som er på besøk.

Ved starten av pandemien manglet det både IT-støtte og nasjonal koordinering mellom sentrale helseaktører. Flere felles utviklingsinitiativ i kommunal sektor har spilt en viktig rolle for kommunene, og det har vært en rivende digital utvikling på mange områder i sektoren. Det ble også etablert en nasjonal koordinering mellom sentrale helseaktører, TISK-IKT, som bidro til felles prioritering og forankring.

Til tross for en målrettet og felles innsats for å innføre digitale verktøy for rapportering, smittesporing, innbyggerkommunikasjon, koronasertifikat m.m. er løsningsbildet fortsatt fragmentert. Dette medfører høy kompleksitet ved fremtidige pandemi- og smittevernsituasjoner, blant annet i tilgangsstyring og opplæring av ressurser som er plassert i midlertidige roller. Manglende tilrettelegging for datadeling mellom stat og kommuner – dels begrunnet i lovverk som ikke tilrettelegger for at informasjon kan følge behandleransvaret - har også ført til høy grad av manuelt arbeid, tidstyver og dårlig datakvalitet som i sin tur går utover tjenestekvaliteten.

Det er viktig at erfaringene fra koronapandemien videreføres med formål å etablere robuste styringsstrukturer, og ikke minst en portefølje av digitale verktøy og samhandlingsplattformer som gjør

det enklere å komme raskere i gang ved en fremtidig smittevern- og beredskapssituasjon. Helseberedskapsmeldingen bør i tillegg ha fokus på å sikre at kommunene får tilgang til data de har behov for, og at registre inneholder data av god kvalitet. Det er viktig å styrke tilgangen til statlige datakilder for kommuner og øke kvaliteten på relevante databaser, slik at kommunale og statlige prosesser får en mer proaktiv informasjonsflyt.

Kommunens rolle i kriser

Evalueringene av kommunene i pandemien viste tydelig viktigheten av tydelig lokalt politisk lederskap og kommunal handlekraft. Kommunene iverksatte tiltak basert på lokale vurderinger uavhengig av om det var gitt nasjonale anbefalinger og føringer. Kommunikasjon med befolkningen, omstilling og oppfølging av lokale tjenester, samarbeid med lokalt næringsliv og frivillig sektor krever politisk lederskap og godt samarbeid med administrasjonen. Politikere, administrasjon og fagfolk fikk vist og videreutviklet sine ferdigheter til å finne løsninger lokalt, enten det handlet om disponering av personell, mobilisering av frivillige eller samarbeid med omkringliggende kommuner og staten. Slik KS vurderer det er dette en vesentlig årsak til den høye oppslutningen i befolkningen og aksept for tiltakspakkene som ble iverksatt. Nasjonale myndigheter vil naturlig nok ha best og mest kjennskap til betydningen av nasjonal innsats. KS er bekymret for at betydningen av lokalt lederskap og evne til å iverksette praktiske og raske løsninger kan bli undervurdert i meldingsarbeidet. KS anbefaler at man i beskrivelsen av fremtidig helseberedskap i meldingsarbeidet bruker god plass til å beskrive kommunenes oppgaver og roller basert på erfaringene med pandemien.

Disponering av personell

Det er viktig å se på de totale helseressursene og forvalte dem på best mulig måte på tvers av nivåer under kriser. Det vil si at kommunene ved en eventuell helsekrise f.eks. bør få lett tilgang til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten dersom presset på de kommunale tjenestene er stort og presset i spesialisthelsetjenesten er lite. Et av hovedprinsippene for helseberedskapen og samfunnssikkerhetsområdet er «Likhet», som betyr at den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig. Det kan være til hinder for å tenke organisering og bruk av ressurser på tvers av nivåer, selv om samvirkeprinsippet også er gjeldende. Dette er et tema som bør løftes i helsefellesskapene og ved revisjon av samarbeidsavtaler. Det er viktig at det ikke brukes store ressurser i «fredstid/hverdagen» i beredskapsordninger som ikke er tilstrekkelig faglig forankret og samfunnsøkonomiske lønnsomme. Kontinuitetsplaner må omfatte beskrivelser av opptrapping ved kriser.

Forventninger til kommunal sektor – behov for avklaringer

Med utgangspunkt i erfaringer fra pandemien bør det vurderes en gjennomgang av lovverket med tanke på om det er behov for endringer som muliggjør raskere iverksettelse av tiltak ved kriser/behov. Er det unødvendige hindringer i dagens lovverk?

Utfordringene i den akuttmedisinske kjede og behovet for å se helheten i denne kjeden bør beskrives. Pr. nå er det for mange oppdrag og utredninger som berører deler av tjenesten uten å se på hele den akuttmedisinske kjeden. Det må legges til rette for at ressursene kan utnyttes optimalt på tvers av nivåene (kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten). Det er også viktig å skille mellom helsetjenester som inngår i den akuttmedisinske kjede og tiltak som kan bidra til rask innsettende førstehjelp, f.eks. akutthjelpere og økt kunnskap om førstehjelp i befolkningen.

Kommunene har i det daglige stort ansvar både for tjenesteleveranser på helseområdet og samordning internt og utad. Samtidig er det sterkere behov for informasjonsflyt og samordning i kriser enn under normale forhold. KS støtter en tydelig nasjonal styring i kriser, men samtidig viste pandemien at det er viktig å bruke de ordinære strukturene så langt som mulig. Når staten viste tillit til lokal oppgaveløsning fant man gode tilpasninger og fikk god lokal oppslutning, og dette bidro til en god håndtering. KS viser her til sitt hørings svar på koronakommisjonens rapport.

Det er viktig at forventninger til de ulike etatene og statsforvalteren er tydelige, og at det er tydelig hva som er forskjellen i normalsituasjon og i kriser. En viktig del av krisearbeidet er å ha en transparent struktur for kunnskapsinnhenting, dialog med interessenter, beslutningsstrukturer, informasjon og veiledning. Det ligger i en krises natur at mye vil være ukjent, og mye må kunne endres underveis etter endrete behov. Samtidig er det nødvendig at det er tydelige forventninger til etatene hvordan oppgavedelingen skal være og hvilken rolle statsforvalter skal ha.

Roller og ansvar utenfor kriser

Etatene og statsforvalter har fått et tydelig mandat i beredskapssituasjoner, men KS mener det er viktig å skille denne funksjonen tydelig fra normalsituasjonen hvor det må legges tydelig opp til at det er tjenesteleverandørene selv som må ta ansvar for samordning og utvikling av samarbeidsløsninger, mens staten setter forventninger, sikrer rammer og kontrollerer. Løsningene må tilpasses lokale forhold og muligheter som er svært forskjellig på tvers av landet. Mangel på personell og bærekraft i helsetjenestene fremover vil kreve betydelig omstilling. Det blir viktig at kunnskap om alternativer og valgte løsninger har nødvendig oppslutning lokalt, samtidig som staten må tilrettelegge gode rammer for omstilling for kommunesektoren som helhet og stille nødvendige virkemidler til disposisjon.

Demografiutfordringene i Norge vil påvirke fremtidige helsekriser. Norge har ifølge OECD (Health at a glance 2021) langt høyere dekning av leger og sykepleiere i operativ tjeneste enn resten av Europa. Allikevel strever tjenestene i dag med å fylle stillinger med kompetent personell. Norge har en desentralisert befolkningsstruktur, og kommunene og sykehusene har forskjellige forutsetninger for tjenesteleveranser. Samlet sett utgjør dette en utfordring for kommunene som tjenesteleverandør allerede i dag – men vil fremover medføre et enda større omstillingsbehov. KS vil i denne sammenheng særlig peke på utfordringen med personellmangel for å kunne levere helsetjenester. Helsepersonellkommissjonens leder har allerede flere ganger påpekt at kommisjonen i sitt arbeid vurderer at de største utfordringene vil komme i primærhelsetjenesten. Det er også en utfordring for kommunene at staten ofte inntar et perspektiv fra den behandlingsrettede delen av tjenesten, og i mindre grad ivaretar kommuneperspektivet og bredden i det kommunale sørge for-ansvaret for helse- og omsorgstjenestene. Det må gjøres realistiske vurderinger av helseberedskap i lys av dette utfordringsbildet.

I enkelte tilfeller oppleves det i dag som en utfordring at deler av den sentrale helseforvaltningen er preget av spesialisthelsetjenestens organisering og at det oppfattes som «kommunal sektor» som helhet har et tilsvarende ansvar som det de regionale helseforetak har i sin region. De regionale helseforetakene skal ivareta et «sørge for»-ansvar for spesialisthelsetjenester i sin region på tvers av de enkelte sykehus. Kommunesektoren har ikke en tilsvarende organisering. Verken KS eller summen av landets omkring 10 000 lokale folkevalgte har et slikt tilsvarende ansvar. Den enkelte kommune har et selvstendig lovpålagt ansvar for sitt lokale oppdrag som følger av lover og forskrifter. Staten har ansvaret for å tilrettelegge rammene for kommunesektoren som helhet slik at dette blir mulig, og understøtte de koordineringsmekanismer som etableres. Dette innebærer også å tilrettelegge for relevante nasjonale virkemidler for å lykkes med å håndtere fremtidige helsekriser.

Andre helsekriser

Det er sannsynlig at kommunene i fremtiden må være forberedt på å håndtere manglende forsyninger i form av utstyr og legemidler i en krisesituasjon. Samarbeid på tvers av landegrensener, og et tilstrekkelig europeisk avtaleverk for å sikre nødvendige forsyninger må prioriteres nasjonalt. Allerede nå er legemiddelmangel et tema, og på noen områder vet vi at det vil være utfordringer fremover med å skaffe enkelte typer vanlige legemidler som befolkningen er avhengig av.

Antibiotikaresistens tiltar i verden rundt oss, og hvordan dette bør håndteres på sikt nasjonalt og lokalt er en viktig problemstilling. FHI peker på at Norge har sterk egeninteresse av å styrke helseberedskapen

gjennom utvikling av nye diagnostiske hjelpemidler, antibiotika og alternative behandlingsstrategier, økt forsyningssikkerhet for kritiske legemidler og en forbedret antimikrobiell resistens (AMR)-situasjon på globalt nivå.

Ved en eventuell atomulykke kan det oppstå store konsekvenser som også i stor grad må håndteres lokalt. Det er behov for en gjennomgang av dagens beredskap og hvordan kommunene involveres dersom en hendelse inntreffer.

Drikkevannskjemikalier og tilstrekkelig tilgang på dette har fått økende oppmerksomhet den siste tiden. I den grad forsyningssituasjonen kan bli mangelfull kan dette utgjøre en helsekrise. Av beredskapshensyn mener KS det er nødvendig å ha høyere oppmerksomhet om tilgang på rent drikkevann både nasjonalt og i kommunal sektor.

Behov for midlertidige endringer i helseberedskapsloven ved en eventuell helsekrise?

KS erfarte under pandemien at de midlertidige endringene i helseberedskapsloven som ble foreslått for å avhjelpe konsekvenser av covid-19 ikke var tilstrekkelige for å møte utfordringene i kommunene.

Kommunenes hovedutfordring i en situasjon med stor smittespredning var at det ikke var tilstrekkelig ressurser til å ivareta alle eksisterende lovpålagte eller forskriftsfestede oppgaver og rettigheter, når det samtidig var behov for å bygge kapasitet til å gi korona-syke i kommunen et nødvendig helsetilbud, og ivareta alle oppgaver knyttet til pandemien.

KS anbefalte en midlertidig lov eller forskriftadgang for kommuner til å omgjøre enkeltvedtak til ugunst for den vedtaket retter seg mot begrunnet i en Covid-19-situasjon.

Dette vil sikre tilstrekkelig klarhet og begrense omfanget av de vurderingene kommunene må gjøre i det enkelte tilfellet. Det bør i enda større grad tydeliggjøres at kommunens ansvar for brukerne vil være relativt til den situasjon som kan oppstå hvor mange er smittet eller det ikke kan ytes tjenester i samsvar med det som gjøres ellers. Kommunene har et behov for at deres ansvar blir avklart. KS erfarte at veilederen fra Helsedirektoratet ikke var tilstrekkelig i så måte. Dette gjaldt særlig forholdet til et eventuelt ansvar/erstatningsansvar for kommunene i ettertid i en situasjon hvor lovfestede rettigheter og forpliktelser ikke kunne innfris.

Denne problemstillingen kan oppstå også ved nye omfattende helsekriser. Hva gjelder omgjøring av vedtak, jfr. forvaltningsloven § 35, bør det klargjøres hvilke muligheter kommunene har til dette. Veilederen omtalte at denne adgangen var utvidet, uten noen nærmere drøftelser av dette. Det fremgikk også at omgjøringsvedtaket skulle være tidsbegrenset, uten noen nærmere begrunnelse.

KS pekte på at det var uklart hvorvidt det forelå en så vid adgang til å omgjøre enkeltvedtak i covid-19-situasjonen som det Helsedirektoratet la til grunn. Terskelen for omgjøring etter forvaltningsloven § 35 femte ledd etter «alminnelige forvaltningsrettslige regler» er høy. Covid-19-situasjonen vil ikke i ethvert tilfelle kunne begrunne omgjøring, men måtte vurderes i den enkelte sak. Det må være tale om kvalifisert interesseovervekt, og de hensyn som taler for omgjøring må være vesentlig mer tungtveiende enn de som taler mot for at det skal være grunnlag for omgjøring.

KS anbefaler at det vurderes om en slik midlertidig lov eller forskriftadgang for kommuner til å omgjøre enkeltvedtak til ugunst for den vedtaket retter seg mot bør vurderes også for andre omfattende helsekriser. Det bør klargjøres hva kommunene i så fall kan begrunne et slikt vedtak i. Det understrekes at det må foreligge en alvorlig situasjon for at dette skal inntre.

Nasjonal digital infrastruktur og tjenester

Samhandling mellom helseaktørene er helt avgjørende for å sikre at innbygger får en oppfølging og behandling som fremmer liv og helse. Det er ikke nok med enkeltstående og fragmentert journalsystemer da helse- og innbyggerinformasjon kan være utdatert eller mangelfull når de ikke samhandler på effektivt vis. Dette svekker pasientsikkerheten.

Dette gjelder både mellom aktørene i spesialist- og primærhelsetjenesten, men også mellom ulike tjenesteområder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Stikkord er tilgang til nødvendig informasjon i sanntid. Statlige myndigheter har kommet et stykke på vei med å etablere nødvendige nasjonal digital infrastruktur og digitale tjenester. Men det er fortsatt et stykke igjen før alt er på plass. Ikke minst på legemiddelområdet mangler det fortsatt felles digital oversikt over innbyggerens legemiddelbruk. I tillegg pågår det felles journaløft både i og utenfor Midt-Norge, med formål å få på plass bedre pasientjournaler. Det er viktig at utvikling av nasjonal digital infrastruktur og tjenester harmoniseres med arbeidet med bedre pasientjournaler, slikt at det bidrar til å øke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene.

De nasjonale digitale infrastrukturen og tjenestene er på sett og vis en felles grunnmur som alle helseaktører benytter for å sikre at de har riktig og oppdatert helseinformasjon til riktig tid. Det er helt avgjørende at disse nasjonale tjenestene er robuste og pålitelige. Ved svikt i tjenestene må det tydeliggjøres hvilke tiltak som staten bør gjennomføre for å legge til rette for beredskap og eskalering ved utilgjengelige nasjonal infrastruktur og tjenester, spesielt der virksomhetene er avhengige av disse for å opprettholde tjenesteproduksjonen. Dette gjelder spesielt de digitale samhandlingsløsningene som forvalter pasientkritisk informasjon på vegne av fellesskapet. Etersom flere og flere løsninger leveres som sky-løsninger må det legges vekt på å sikre redundant bredbåndsdekning for prioriterte helseaktører.

Samhandling mellom helseaktørene fordrer også at næringslivet leverer løsninger som oppfyller kravene til samhandlingsfunksjonalitet og standarder, raskt og effektivt. I beredskapssammenheng er dette helt avgjørende og forutsetter tydelig og koordinerte aktiviteter mellom helseaktørene og næringslivet. Det må etableres styringsstrukturer som sikrer felles prioritering med helseaktørene og ikke minst koordinerte budskap og bestillinger til leverandørene. For kommunal sektor er vi avhengig av at samordningsarbeidet forsterkes og at det tilrettelegges for dette fra nasjonale myndigheters side. Lokalt vil en krise på et område fort utvikle seg til helsekrise. Samfunnskritisk infrastruktur – bortfall av vann, strøm og e-kom får store konsekvenser i en kommune hvis forsyninger på dette feltet faller bort for kortere eller lengre perioder. Mange helsetjenester bruker e-kom og vil få store utfordringer hvis den ikke er tilgjengelig.

Digital sikkerhet

Kommunal sektor utgjør en vesentlig del av helsesektoren og dermed helseberedskapen i Norge. Digitale trusler mot helseberedskapen er derfor ytterst aktuelle også for kommunene. Mange av de digitale truslene vil være rettet mot det de kommunale helsetjenestene bygger på: den felles IKT-infrastrukturen som er etablert i den enkelte kommune. Denne infrastrukturen er ikke bygget for helsetjenestene alene, den er bygget for alle de tjenestene kommunene produserer. De digitale truslene mot helseberedskapen kan derfor ha sitt opphav i trusler mot andre sektorer og tjenester.

Utfordringsbildet til kommunene er sammensatt, men kommunene har gjennom samstyringsmodellen samordnet tiltak for å ivareta digital sikkerhet også på områder som gjennom felles infrastruktur dekker helseberedskapen. Tiltak som styrker den kommunale digitale sikkerheten, for eksempel som følge av Prop.78 S (2021-22), bidrar også til å styrke helseberedskapen. Det må arbeides videre med å dimensjonere og designe varige tjenester for å styrke digital sikkerhet i tett samarbeid med sektoren.

Arbeidet med å imøtekomme det digitale trusselbildet på et overordnet nivå i dag er lite ressurseffektivt og bidrar til fragmentering, spesielt med hensyn til roller og ansvar. I verste fall vil dette gå utover kvaliteten i sikkerhetsarbeidet. Det er derfor helt avgjørende at tiltak innenfor digital sikkerhet koordineres på tvers av sektorer for å sikre effektiv utnyttelse av ressurser i kommunal sektor.

For kommunal sektor vil det være spesielt viktig å se det videre arbeidet med digital sikkerhet i et helhetlig perspektiv for å unngå fragmentering. Det er allerede utviklet flere sett med tverrsektorielle veiledningsverktøy som dermed også innvirker på helse -og omsorgssektoren. Digitaliseringsdirektoratets veiledning innen informasjonssikkerhet innleder da også med «For å sikre god styring og kontroll av informasjonssikkerhet må man jobbe helhetlig, og se informasjonssikkerhet som en del av virksomhetsstyringen». For den enkelte kommune betyr dette at man ikke kan legge opp til et silo/sector-løp, men må se helhetlig på informasjonssikkerhetsarbeidet.

Manglende tilgang til eller kompromittering av helseinformasjon (tilgjengelighet, konfidensialitet eller integritet) kan føre til tillitssvikt i befolkningen, ikke minst redusere pasientsikkerhet og sette liv og helse i fare. Det er derfor viktig at det arbeides videre med å avklare felles nasjonale mål og ambisjoner med digital sikkerhet i nasjonal helseberedskapssammenheng, og under hvilke forhold helsetjenestene skal fungere. I tillegg må den nasjonale infrastrukturen og tjenestene utvikles slik at helsepersonell får tilgang til den informasjonen de behøver for å yte helsetjenester, mao etablering av skalerbare tillitsmodeller som sikrer innsyn ved tjenstlig behov. Dette er ikke tilfellet i dag og øker trusselsituasjonen i forbindelse med helseberedskapen.

Videre må stat og kommunene samarbeide om å øke kommunenes evne til å oppdage, forebygge og håndtere digitale angrep, inklusive styrke kompetansen og kapasiteten. Ny måter å samarbeide på, for å øke tilgangen på kompetanse, og redusere omfanget av lokale vurderinger, eksempelvis knyttet til risiko- og sårbarhetsvurderinger, og personvernkonsklusjonsutredninger bør også vurderes. Kommunene må settes i stand til å bære kostnadene med digital sikkerhet og tiltakene må harmoniseres på tvers av stat og kommune for å sikre samtidighet i å styrke helseberedskapen.

Med hilsen

Helge Eide
Områdedirektør samfunn, velferd og demokrati

Åse L. Snåre
Avd dir. helse og velferd