



Særavtale til tjenesteavtale 11

Samarbeid om høynet beredskap ved sikkerhetspolitiske kriser og krig

Vedtatt i Strategisk samarbeidsutvalg 11. Mars 2026

Særavtalen er gjeldende når alle parter har godkjent og signert avtalen,
og den er publisert på www.saman.no



Innhold

1. Innledning.....	3
1.1 Formål	3
1.2 Avtaleparter	4
1.3 Avtalens oppbygging	4
2. Fredstid	4
2.1 Samordning av planer.....	5
2.2 Samvirkeøvelser	5
2.3 Kompetanseheving i fredstid	5
2.4 Koordineringsgruppe	5
3. Høynet beredskapsfase/sikkerhetspolitisk krise	6
3.1 Koordinering og samordning	6
3.1.1 Koordineringsgruppens rolle	6
3.1.2 Opprettelse av nødvendige undergrupper	6
3.2 Mobilisering av ekstra helsepersonell.....	7
4. Krig.....	7
4.1 Koordinering og samordning	7
4.1.1 Koordineringsgruppen	7
4.1.2 Informasjons- og kommunikasjonstiltak	8
4.1.3 Opprettelse av undergrupper	8
4.2 Samarbeid ved alvorlig ressursbegrensning	8
4.3 Mobilisering av ekstra helsepersonell.....	8
5. Overgangsfase	8
5.1 Normalisering.....	9
5.2 Evaluering.....	9
6. Diverse	9
6.1 Varighet og revisjon.....	9
6.2 Publikasjon	9
6.3 Kilder	9
7. Signering av avtalen	11



1. Innledning

1.1 Formål

Helseberedskapslovens § 1-1 sitt 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.

Denne særavtalen avtalen skal bidra til å gi befolkningen nødvendig helsehjelp både ved høynet beredskapsfase/sikkerhetspolitisk krise og krig, samt sikre klare ansvarsforhold og rutiner for samarbeid mellom partene.

Særavtalen omtaler først tiltak i fredstid/normalsituasjon. Sykehus og kommuner kan få flere pasienter enn de har kapasitet til å behandle. Da må de ha planer og avtaler for hvordan de kan hjelpe hverandre. Uten målrettet kompetanseutvikling vil også tjenestene stå svakt i møte med uforutsigbare og komplekse krisesituasjoner.

NATO artikkel 5 fastslår kollektivt forsvar ved angrep på et eller flere medlemsland. I tillegg krever artikkel 3 at medlemslandene opprettholder nasjonal motstandsdyktighet i det sivile samfunnet og sivil beredskap.

NATO har vedtatt syv grunnleggende krav til medlemslandene:

1. Sikre kontinuitet for styresmakter og kritiske offentlige tjenester
2. Sikre en robust kraftforsyning
3. Sikre evnen til å håndtere ukontrollert forflytting av mennesker
4. Sikre robust mat- og vannforsyning
5. Sikre evnen til å håndtere masseskadesituasjoner
6. Sikre robuste sivile kommunikasjonssystem
7. Sikre robuste transportsystem

Helsedirektoratet har publisert et konsept for sivil-militært helsesamarbeid ved håndtering og evakuering av masseskader, og presenterer dermed de prinsipielle forhold som gjelder i det sivil-militære helseberedskapssamarbeidet.

Ved en masseskade vil det være behov for samarbeid mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og Forsvaret. Denne særavtalen omhandler ikke samhandling rundt håndtering av masseskader og evakuering i detalj. Dette må senere detaljeres i annet planverk.

I alt beredskapsarbeid gjelder de nasjonale beredskapsprinsippene; ansvar, likhet, nærhet og samvirke. I en krigssituasjon vil det være et tydeligere behov for å ha forberedt hvordan samvirke skal foregå, slik at aktørene alene og i fellesskap kan gjøre forberedelser/tiltak som understøtter NATO-målet om å forsvare befolkningen, kunne motstå angrep og kunne gjenopprette samfunnsfunksjonene.



1.2 Avtaleparter

Avtalen gjelder:

- kommunene i Helse Bergen sitt foretaksområde
- Helse Bergen HF, Haraldsplass diakonale sykehus AS, NKS Olaviken alderspsykiatriske sjukehus AS, Solli distriktpsikiatriske senter, Betanien sykehus AS, og Voss Distriktpsikiatriske Senter NKS Bjørkeli

1.3 Avtalens oppbygging

Avtalen er strukturert etter følgende faseinndeling:

- **Fredstid** - normalsituasjon, samvirke ved hendelser i fredstid
- **Høynet beredskapsfase** - samhandling ved sikkerhetspolitiske kriser
- **Krig** - samhandling i krig, inkludert Artikkel 5 (situasjon med krig i et annet NATO-land)
- **Overgangsfase/Normalisering** - ved minsket sikkerhetspolitisk uro vil man kunne redusere tiltak og bevege seg mot tiltak for gjenoppretting av normale forhold i en ny fase

2. Fredstid

Partene må ha planer for å møte en situasjon med økt behov for helsetjenester og redusert kapasitet for å gi helsehjelp. Planene må tilpasses lokale forhold. Kommunene må i dialog med fastlegene avklare deres rolle i beredskapssituasjoner og i øvelser.

Listen er ikke uttømmende, men herunder skal partene ha planer for:

- etablering av flere/alternative senge-/behandlingsplasser
- omprioritering av ressurser innad i egne organisasjoner (kontinuitetsplanlegging), herunder ha planer for å innhente oversikt over styrkedisponert personell
- planlegge for behov for kompetanseløft ved oppgavedeling/oppgaveoverføring
- Tilpasning av helsetilbudet til ulike pasient- og brukergrupper
- psykososial støtte
- forsyningssikkerhet
- informasjonstiltak
- samvirkeøvelser
- bortfall av kritisk infrastruktur
- CBRNE-hendelser (hendelser som omfatter kjemiske stoffer (C), biologiske agenser (B), radioaktive stoffer (R), nukleært materiale (N) og eksplosiver (E))
- masseskadehendelser (hendelse med et stort antall skadde hvor behovet for behandlings- og transportressurser overskrider tilgjengelig kapasitet)



2.1 Samordning av planer

Partene forplikter seg til å utarbeide planer og rutiner som er i tråd med denne avtalen. Denne avtalen skal være et obligatorisk vedlegg til partenes beredskapsplaner.

2.2 Samvirkeøvelser

- Avtalepartene forplikter seg til å øve på innhold i denne planen minimum hvert andre år. Dette inkluderer også koordineringsgruppen.
- Avtalepartene skal tilstrebe å delta i planlegging og gjennomføring i de andre partenes øvelser.
- Det skal etableres et øvingsutvalg med representanter fra partene.
- Partene skal legge til rette for at relevant helsepersonell deltar i øvelser.

2.3 Kompetanseheving i fredstid

Ved sikkerhetspolitisk krise og krig kan både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bli overbelastet, og både ansatte i helsevesenet og andre (frivillige og ansatte i andre sektorer) kan måtte utføre oppgaver de ikke utfører til vanlig.

- I fellesskap planlegge for behov for kompetanseløft ved oppgavedeling/oppgaveoverføring.
- Partene skal følge opp kompetansehevende tiltak i tråd med nasjonale føringer og føringer fra helsefellesskap.

2.4 Koordineringsgruppe

Koordineringsgruppen skal oppnevnes i fredstid for å etablere en struktur for samhandling.

Kommunene i de ulike områdeutvalgene skal oppnevne to representanter i sitt område, for deltagelse i koordineringsgruppen sammen med representanter for spesialisthelsetjenesten. Representantene fra virksomhetene må ha god kjennskap til partenes helseberedskapsplanverk.

Kommunerepresentantene har ansvar for å sikre involvering fra kommunene de representerer. Haraldsplass Diakonale Sykehus AS og Helse Bergen HF skal til sammen oppnevne inntil åtte representanter til koordineringsgruppen. Koordineringsgruppen kan invitere inn andre relevante instanser til å møte i gruppen ved behov.

Gruppens ledelse består av leder fra Helse Bergen HF og nestleder fra en av kommunene. Navn og kontaktinformasjon til representantene nevnt over, oversendes beredskapsledelsen i Helse Bergen HF, som har ansvar for å mobilisere og fasilitere koordineringsgruppens arbeid.

Statsforvalter har en sentral rolle i å koordinere på tvers av sektorene. Det regionale helseforetaket skal koordinere sine aktiviteter i krigstid med Heimevernet (HV09).



Det kan derfor bli aktuelt med liaison (bindeledd) fra HV09 og Statsforvalter i koordineringsgruppen. Det kan også bli aktuelt å invitere inn andre.

Partene må ha en plan for hvordan kommunikasjon skal foregå også ved bortfall av kritisk infrastruktur (Nødnett/IKT, satellitttelefon)

I denne fasen skal koordineringsgruppen som et minimum lage en oppdatert oversikt over tilgjengelige ressurser og planer for utvidet kapasitet i helsetjenesten, samt foreta risikovurdering av kapasitet i helsetjenestene.

I tillegg skal gruppen følge opp aktuelle føringer fra sentrale helsemyndigheter.

3. Høynet beredskapsfase/sikkerhetspolitisk krise

Samvirke ved sikkerhetspolitiske kriser omhandler sektorovergripende kriser i fredstid forårsaka av alvorlige tilsiktede hendelser eller trusler om slike, og/eller kriser med sikkerhetspolitisk dimensjon. Eksempler på slike hendelser er hybride trusler, cyberangrep, terror mv.

Denne typen hendelser vil medføre ekstra skjerpet beredskap med økt sikkerhetsnivå og scenariospesifikke tiltak, avhengig av alvorlighetsgraden til hendelsen. Ved slike hendelser kan det bli aktuelt å øke beredskapsnivå, forberede sikkerhetstiltak og ulike tiltak knyttet til drift.

Hendelser i denne kategorien vil i utgangspunktet bli håndtert etter gjeldende planverk (forsterket ved behov).

3.1 Koordinering og samordning

Alle partene i avtalen skal oppnevne en representant og en vara som skal være kontaktpersoner i høynet beredskapsfase som skal meldes inn til Beredskapsledelsen i Helse Bergen.

3.1.1 Koordineringsgruppens rolle

I denne fasen skal koordineringsgruppen som et minimum samordne og innhente oppdatert oversikt over tilgjengelige ressurser og planer for utvidet kapasitet i helsetjenesten, samt foreta risikovurdering av kapasitet og personell i helsetjenestene. Koordineringsgruppen skal effektivere planer man har laget for kompetansehevende tiltak. I tillegg skal gruppen følge opp aktuelle føringer fra sentrale helsemyndigheter. Gruppen vil kunne få både en strategisk og operativ funksjon. Struktur for ledelse videreføres som beskrevet i pkt. 2.4.

3.1.2 Opprettelse av nødvendige undergrupper

Koordineringsgruppen kan opprette nødvendige undergrupper. Listen er ikke uttømmende, men eksempler på nødvendige undergrupper er: Forsyning og medisinsk utstyr, personell, Masseskadehåndtering, CBRNE, prioritering av pasientflyt og prioriterte pasientgrupper.



3.2 Mobilisering av ekstra helsepersonell

Koordineringsgruppen skal tilrettelegge for samarbeid mellom avtalepartene og eksterne helsepersonellressurser, utdanningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner. Dette bør samordnes gjennom koordineringsgruppen for å unngå at flere avtaleparter planlegger å bruke samme helsepersonell, og for å sikre en rasjonell ressursfordeling. Det forutsettes at partene har planer for å mobilisere ekstra personell innenfor egen organisasjon, inkludert pensjonister.

I fellesskap starte arbeidet med rask kompetanseheving partene imellom og planlegge for å kunne gjennomføre oppgavedeling/oppgaveoverføring.

4. Krig

Dette punktet gjøres gjeldende når nasjonale myndigheter erklærer

- Krig på norsk jord/Kongen i statsråd definerer krigsskueplass
- NATO påberoper seg artikkel 5 (et væpnet angrep mot et av medlemslandene er et angrep mot alle)

Helsetjenesten ledes av sivil side i de fleste scenarioer i hele krisespekteret. Den sivile helsetjenesten kan anmode om støtte fra Forsvaret, og spesielt der forsvarer har særskilte fortrinn. Dersom Kongen i statsråd definerer krigsskueplass, kan ansvarsforholdet mellom sivile og militære myndigheter endre seg.

Krig vil føre til endret behov for helse- og omsorgstjenester. Dette vil få konsekvenser for behandlingskapasiteten i ulike deler av tjenestene, og gjøre det nødvendig med omprioriteringer. Det må påregnes knapphet på ressurser og store vansker med å opprettholde tjenester og forsyning av varer, eksempelvis legemidler. Samfunnskritiske funksjoner vil bli påvirket.

4.1 Koordinering og samordning

Ved væpnet konflikt og krig vil Forsvaret, lokale helseforetak og kommuner samarbeide og sørge for koordinering av de samlede ressursene og foreta kontinuitetsplanlegging for å håndtere situasjonen over tid.

4.1.1 Koordineringsgruppen

Koordineringsgruppen skal ivareta koordinering og samhandling mellom partene på overordnet strategisk nivå. Gruppen vil også ha en operativ funksjon. Gruppen skal blant annet overvåke kapasitets- og ressursutfordringer i hele helse- og omsorgstjenesten, og bidra til løsninger i henhold til avtalens formål.

Helse Bergen HF har ansvar for å mobilisere og fasilitere koordineringsgruppens arbeid også i denne fasen. Struktur for ledelse videreføres som beskrevet i pkt. 2.4.



4.1.2 Informasjons- og kommunikasjonstiltak

Koordineringsgruppen skal samordne informasjon om endret tjenestetilbud og omprioriteringer, når dette er relevant.

4.1.3 Opprettelse av undergrupper

Koordineringsgruppen skal kontinuerlig vurdere opprettelse av undergrupper.

4.2 Samarbeid ved alvorlig ressursbegrensning

I scenarioer som væpnet konflikt og krig må nasjonen benytte de samlede ressurser for å kunne løse oppgavene, da behovet for helsehjelp raskt vil kunne overstige kapasitet. Mange skadde, både sivile og militære, vil raskt nå et nivå som overstiger kapasiteten som helsetjenesten er dimensjonert for. Det vil under slike omstendigheter bli nødvendig å prioritere pasienter annerledes enn vi gjør til daglig. Ordinære kriterier for innleggelse og utskrivelse av pasienter vil endres.

Dersom en eller flere av partene er i en situasjon hvor kapasiteten overskrides, skal dette framlegges for koordineringsgruppen.

Gruppen skal vurdere den totale ressursituasjonen på tvers av avtalepartenes organisasjoner, og har ansvar for å bidra til felles løsning inklusivt interkommunalt samarbeid, i tett samarbeid med Statsforvalteren, Forsvaret og andre nasjonale myndigheter.

4.3 Mobilisering av ekstra helsepersonell

Helsepersonell kan ved krise og krig omdisponeres etter helseberedskapsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Ved ulykker og andre akutte situasjoner som medfører ekstraordinær pågang av pasienter, kan både kommuner og regionale helseforetak pålegge eget helsepersonell andre oppgaver.

For å sikre at avtalepartene skal kunne yte nødvendig helsehjelp i en situasjon med stort fravær av personell kombinert med økt behov for helsehjelp, kan det bli nødvendig å mobilisere helsepersonell utenfor egen organisasjon, jf. pk 3.2.

Slik mobilisering bør samordnes gjennom koordineringsgruppen for å unngå at flere avtaleparter planlegger å bruke samme helsepersonell og for å sikre en rasjonell ressursfordeling.

5. Overgangsfase

Etter fullskala krig, vil man kunne redusere tiltak og bevege seg mot gjenoppbyggingsfasen. I denne fasen kan det komme nye utfordringer (for eksempel cyberangrep, utfordringer med tilbakeføring av kritisk infrastruktur som strøm, IKT og liknende).



5.1 Normalisering

En gradvis nedtrapping av tiltak skal skje i samarbeid mellom partene, og uforutsette problem skal bringes inn for koordineringsgruppen. Koordineringsgruppen beslutter avvikling av eventuelle undergrupper. I denne fasen skal partene identifisere pasientgrupper som har fått et redusert tjenestetilbud i løpet av krigen, eller som kan forventes å ha økt behov for helsetjenester som følge av krisen/krigen.

5.2 Evaluering

Koordineringsgruppen skal starte arbeidet med en evaluering av samarbeidsstrukturen beskrevet i denne avtalen. Oppsummering med forbedringspunkter skal framlegges for helsefellesskapet.

Denne kan danne grunnlag for revisjon av avtalen og avtalepartenes planer, og bør framlegges innen 12 måneder etter at nasjonale helsemyndigheter har erklært at krisen/krigen er over.

6. Diverse

6.1 Varighet og revisjon

Avtalen gjelder fra og med den dato den er signert av alle parter. Alle parter kan kreve at avtalen blir revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres. Helsedirektoratets konsept for sivil-militært helsesamarbeid er basert på *dagens* planverk og forventninger fra NATO, og vil av den grunn måtte revideres etter hvert. Det samme vil gjelde denne søravtalen.

6.2 Publikasjon

Avtalen skal være offentlig tilgjengelig på felles nettside. Avtalepartene forplikter seg til å sikre at avtalen er kjent i egen organisasjon

6.3 Kilder

- GAP-analyser i spesialisthelsetjenesten (*U.off*)
- Statsforvalterens GAP-analyser/kartlegging av primærhelsetjenesten (*U.off*)
- Utredning sivil-militært samvirke i Helse Bergen, Sommerfelt- Pettersen mfl.
- Helsedirektoratet (2025), [Konsept for sivil-militært helsesamarbeid ved håndtering og evakuering av masseskader - Helsedirektoratet](#)
- [Ber helsetjenesten legge planer for å kunne håndtere krig - Helsedirektoratet](#)
- [Søravtale til Tjenesteavtale 11. Avtale om samarbeid ved pandemi. - Saman vedlegg-2_sak-07_24_rettleiar---samarbeid-ved-pandemi-1.pdf](#)
- [Nasjonal helseberedskapsplan](#)



- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)
- [Lov om helsemessig og sosial beredskap \(helseberedskapsloven\) - Lovdata](#)
- [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)
- [Lov om særlige rådgjerder under krig, krigsfare og liknende forhold \[beredskapsloven\] - Lovdata](#)
- [Veileder i kontinuitetsplanlegging ved høyt personellfravær](#)



7. Signering av avtalen

Dato: kommune/herad

Sign.:

Tittel:

Dato: Helse Bergen HF

Sign.:

Tittel:

Dato: Haraldsplass diakonale sykehus

Sign.:

Tittel:

Dato: NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Sign.:

Tittel:

Dato: Betanien sykehus AS

Sign.:

Tittel:

Dato: Voss Distriktpsikiatriske Senter NKS Bjørkeli

Sign.:

Tittel:



Dato:

Solli distriktpsikiatriske senter

Sign.:

Tittel: