

Akutmedicin i et robust sundhedsberedskab - holdningspapir

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM)
Akutmedicinsk Beredskabsudvalg

September 2026

Indholdsfortegnelse

- 1. Baggrund s.1**
- 2. Grundprincipper for et robust sundhedsberedskab s. 3**
- 3. Akutmedicinske kompetencer i beredskabet s.4**
 - 3.1 Centrale akutmedicinske kompetencer s.4
- 4. Centrale udfordringer s.5**
 - 4.1 Manglende fælles national rammesætning s.5
 - 4.2 Uens samarbejdsstrukturer og organisatorisk forankring s.6
 - 4.3 Uddannelse og træning s.6
 - 4.4 Teknologisk fragmentering og digital sårbarhed s.7
 - 4.5 Nationale principper for prioritering og krigedrift s.7
- 5. Eksisterende styrker s.8**
- 6. DASEMs anbefalinger s.9**
- 7. Perspektiv s.10**
- 8. Konklusion s.11**
- 9. Arbejdsgruppe s.12**

1. Baggrund

Danmark står over for et ændret og mere komplekst trusselsbillede. Erfaringerne fra COVID-19-pandemien, øget geopolitisk ustabilitet, hybride trusler, cyberangreb, forsyningssvigt og klimarelaterede hændelser understreger behovet for et robust, fleksibelt og sammenhængende sundhedsberedskab. Sundhedsberedskabet skal kunne håndtere både dagligdagens belastninger og ekstraordinære hændelser, hvor ressourcer, kapacitet og beslutningskraft sættes under pres.

En væsentlig udfordring i udviklingen af fremtidens sundhedsberedskab er spændingen mellem planlægningsforudsætninger og klinisk virkelighed. Flere nationale beredskabsplaner og vejledninger bygger på en forventning om, at sundhedsvæsenet inden for relativt kort tid kan genetablere en nær-normal drift efter en hændelse. Denne antagelse kan være vanskelig at forene med konsekvenserne af omfattende IT- og kommunikationsnedbrud, forsyningssvigt, pandemier, massetilskadekomst, CBRNE-hændelser eller længerevarende kapacitetsbelastninger.

I sådanne situationer vil sundhedsvæsenet ofte være nødt til at operere med reducerede ressourcer, ændrede arbejdsgange og nødvendige kliniske prioriteringer over længere tid. Et robust sundhedsberedskab må derfor baseres på realistiske forudsætninger om kapacitet og resiliens samt klare principper for prioritering af sundhedsfaglige indsatser, når normal drift ikke kan opretholdes.

Akutmedicin har på få år etableret sig som det kliniske og driftsmæssige fundament for sygehusenes akutte 24/7-beredskab. Specialets kernekompetencer – triagering, prioritering, flowstyring, håndtering af uafklarede patienter, beslutningstagning under usikkerhed og tværfaglig koordinering – er ligeledes centrale kompetencer i moderne beredskabsarbejde.

DASEM vurderer, at akutmedicin kan bidrage væsentligt til udviklingen af et mere robust sundhedsberedskab gennem tæt samarbejde med eksisterende myndigheder, beredskabsorganisationer og sundhedsfaglige aktører.

Dette holdningspapir skal:

- Pege på centrale udfordringer i det danske sundhedsberedskab.
- Beskrive og kortlægge behovet/involveringen af akutmedicinske kompetencer.
- Fremsætte anbefalinger til organisation, uddannelse, samarbejde og teknologi.
- Bidrage til dialog mellem sundhedsmyndigheder, regioner, kommuner og øvrige beredskabsaktører.

2. Grundprincipper for et robust sundhedsberedskab

Et moderne sundhedsberedskab skal ikke alene kunne håndtere ekstraordinære hændelser, men være forankret i de strukturer, kompetencer og samarbejdsformer, som anvendes i den daglige drift.

Erfaringer fra både nationale og internationale hændelser viser, at de mest robuste beredskaber bygger på eksisterende organisationer, kendte arbejdsgange og personale med praktisk erfaring i håndtering af komplekse og tidskritiske situationer.

Et robust sundhedsberedskab skal kunne:

- Håndtere pandemier, massetilskadekomst, forsyningssvigt og hybride trusler.
- Skalere hurtigt mellem normal drift og krisedrift.
- Sikre sammenhæng på tværs af sektorer og myndigheder.
- Understøtte ledelse og beslutningstagning under usikkerhed.
- Fungere ved delvist eller totalt teknologisk bortfald.
- Beskytte de mest sårbare patientgrupper.

Robusthed handler ikke alene om materiel, planer og ledelsesstrukturer, men i lige så høj grad om evnen til at prioritere, koordinere og omstille sundhedsvæsenets samlede kapacitet under pres.

Strategiske udviklingsmuligheder

- Beredskabet bør bygge på daglig drift frem for parallelle strukturer.
- Kapacitet, koordinering og beslutningskraft er lige så vigtige som ressourcer.
- Kliniske miljøer med erfaring i akut prioritering bør udgøre en central del af beredskabets organisatoriske fundament.

3. Akutmedicinske kompetencer i beredskabet

De kompetencer, som efterspørges under større hændelser, er i vid udstrækning identiske med de kompetencer, der dagligt anvendes i akutafdelingerne.

Akutmedicin repræsenterer derfor ikke alene en klinisk specialefunktion, men også en organisatorisk kapacitet med betydelig relevans for planlægning, ledelse og gennemførelse af sundhedsberedskab. Akutmedicins styrke ligger i koblingen mellem klinisk beslutningstagning, operationel koordinering og systemforståelse.

Strategiske udviklingsmuligheder

- Styrket involvering af akutmedicinske kompetencer i planlægning og ledelse af sundhedsberedskabet.
- Formaliseret anvendelse af akutmedicinsk ekspertise i kapacitets- og flowstyring under større hændelser.
- Øget integration mellem akutafdelinger, AMK-funktioner og øvrige beredskabsaktører.

3.1 Centrale akutmedicinske kompetencer

Kliniske og operative kompetencer	Koordination og samarbejde	Systemforståelse
• Triagering og prioritering under ressourcemangel • Håndtering af stort patientvolumen • Beslutningstagning på begrænset informationsgrundlag. • Kapacitets- og flowstyring • Risiko- og sikkerhedsvurdering	• Tværfaglig koordinering • Tværsektorielt samarbejde • Kommunikation mellem klinisk drift og strategisk ledelse • Samarbejde med præhospitalt beredskab, kommuner og almen praksis	• Indgående kendskab til patientflow på tværs af sektorer • Erfaring med crowding og kapacitetskriser • Forståelse for koblingen mellem daglig drift og beredskab • Erfaring med alternative patientforløb og behandling uden for hospitalet

4. Centrale udfordringer

Danmark råder over et stærkt sundhedsberedskab med veludbyggede præhospitale funktioner, akuthospitaler og regionale beredskabsstrukturer.

Samtidig stiller det ændrede trusselsbillede nye krav til sammenhængskraft, koordinering og fælles operationel forståelse.

På tværs af udfordringerne tegner der sig et fælles billede: Danmark mangler ikke kompetencer eller engagement, men har behov for større sammenhæng mellem eksisterende strukturer, fælles nationale rammer og et operationelt beslutningsgrundlag, der fungerer under ekstraordinære belastninger, i særdeleshed ind mod og på de danske hospitaler.

DASEM vurderer, at fremtidens sundhedsberedskab bør bygge videre på de eksisterende styrker, men samtidig styrke de fælles rammer, samarbejdsstrukturer, kompetencer og beslutningsgrundlag.

4.1 Manglende fælles national rammesætning

Den decentrale organisering har bidraget til stærke lokale løsninger og betydelig fleksibilitet. Samtidig eksisterer der fortsat variationer i organisering, ansvarsplacering og operative procedurer på tværs af landet.

Der er behov for en fælles national ramme, som tydeliggør principper, roller, ansvar og operative målsætninger, samtidig med at lokale styrker og tilpasningsmuligheder bevares. Dette kunne eksempelvis være baseret på internationale modeller såsom WHO MCM (Mass Casualty Management).

Strategiske udviklingsmuligheder

- Fælles nationale principper for sundhedsberedskab.
- Nationale standarder for planlægning og operative procedurer.
- Styrket fælles situationsforståelse og national koordinering.

4.2 Uens samarbejdsstrukturer og organisatorisk forankring

Mange samarbejder fungerer effektivt i den daglige drift og bygger på stærke lokale relationer mellem akutafdelinger og øvrige afdelinger på hospitalet, den præhospitale indsats, kommuner og almen praksis.

Ved større eller længerevarende hændelser kan samarbejdet imidlertid blive sårbart, hvis det primært hviler på personlige relationer frem for formaliserede strukturer.

Akutafdelingerne udgør i denne sammenhæng en naturlig organisatorisk forankring, hvor centrale kompetencer inden for prioritering, kapacitetsstyring og koordinering allerede er samlet.

Strategiske udviklingsmuligheder

- Styrket organisatorisk forankring af beredskabsfunktioner i akutafdelingerne.
- Fælles tværsektorielle handlingsplaner og samarbejdsmodeller.
- Reduktion af personafhængighed gennem formaliserede procedurer og øvelser.

4.3 Uddannelse og træning

Beredskabets kvalitet afhænger af medarbejdernes og ledernes evne til at omsætte planer til handling under pres.

Der eksisterer fortsat forskelle i uddannelsesniveau, træningsfrekvens og erfaring på tværs af sektorer og geografiske områder.

Der er behov for en mere systematisk og ensartet tilgang til kompetenceudvikling.

Strategiske udviklingsmuligheder

- Fælles nationale kompetencestandards.
- Regelmæssige tværsektorielle øvelser.
- En vedvarende beredskabskultur med fokus på læring og kvalitetsudvikling.

4.4 Teknologisk fragmentering og digital sårbarhed

Moderne sundhedsberedskaber er afhængige af digitale systemer, kommunikationsplatforme og adgang til data i realtid.

Samtidig kan teknologiske nedbrud eller cyberhændelser hurtigt påvirke både koordinering, patientbehandling og beslutningstagning.

Et robust sundhedsberedskab skal derfor kunne fungere både med og uden avanceret teknologisk understøttelse.

Strategiske udviklingsmuligheder

- Nationale løsninger for kapacitets- og situationsoverblik i realtid.
- Styrket datadeling på tværs af sektorer og regioner.
- Robuste low-tech og no-tech løsninger ved længerevarende systemnedbrud.

4.5 Nationale principper for prioritering og krisedrift

En gennemgående udfordring i eksisterende beredskabsplanlægning er forventningen om, at sundhedsvæsenet hurtigt kan vende tilbage til nær-normal drift efter større hændelser.

I praksis vil mange hændelser medføre længerevarende kapacitetspres, hvor ressourcer, personale, forsyninger eller teknologiske systemer er reduceret over dage, uger eller måneder.

DASEM vurderer derfor, at der mangler et fælles operationelt og klinisk beslutningsgrundlag for situationer, hvor normal drift ikke kan opretholdes.

Strategiske udviklingsmuligheder

- Nationale retningslinjer for klinisk prioritering og ressourceallokering.
- Fælles kriterier for nedskalering af elektiv aktivitet.
- Modeller for overgang mellem normal drift, krisedrift og genopretning.

5. Eksisterende styrker

Danmark står på et stærkt fundament.

De regionale AMK-funktioner, det præhospitale beredskab og de akutte hospitalsfunktioner udgør allerede i dag en velfungerende organisatorisk ramme for håndtering af akutte hændelser.

COVID-19-pandemien demonstrerede samtidig sundhedsvæsenets evne til hurtigt at omstille sig, etablere nye samarbejdsformer og skalere kapacitet.

Derudover er den høje grad af tillid mellem myndigheder, sundhedsvæsen og befolkning en væsentlig styrke.

Strategiske udviklingsmuligheder

- Styrket integration mellem daglig drift og beredskab.
- Øget tværsektoriel koordinering og fælles planlægning.
- Videreudvikling af fleksible behandlingsmodeller uden for hospitalet.
- Systematisk uddannelse og træning.
- Fælles situationsforståelse og kapacitetsoverblik.

6. DASEMs anbefalinger

DASEM vurderer, at fremtidens sundhedsberedskab bør udvikles gennem styrkelse af eksisterende strukturer frem for etablering af nye parallelle systemer. På tværs af de identificerede udfordringer peger analysen på fem centrale udviklingsspor:

1. Styrket national sammenhængskraft

- Fælles nationale principper.
- Fælles operative standarder.
- Tydelige roller og ansvar.

2. Formaliseret tværsektorielt samarbejde

- Styrket organisatorisk forankring i akutafdelingerne.
- Fælles handlingsplaner.
- Regelmæssige fælles øvelser.

3. Kompetenceudvikling og træning

- Nationale kompetencestandarder.
- Tværsektorielle simulationsøvelser.
- Kontinuerlig læring og erfaringsopsamling.

4. Teknologisk robusthed og situationsforståelse

- Nationalt kapacitetsoverblik.
- Styrket datadeling.
- Robust driftsmodel ved teknologisk bortfald eks. cyber/hybridangreb.

5. Nationale principper for krisedrift

- Kliniske prioriteringsværktøjer.
- Ressourceallokering ved kapacitetspres.
- Fælles kriterier for nedskalering og genopretning.

7. Perspektiv

Akutmedicin er grundlæggende tværfagligt. DASEM arbejder derfor for at bygge bro på tværs af fag, specialer og sektorer og styrke samarbejdet om sammenhængende akutte patientforløb.

Fremtidens sundhedsberedskab skal udvikles gennem tæt samarbejde mellem sundhedsvæsenets eksisterende aktører.

Akutmedicin, Anæstesi, Intern medicin, abdominal kirurgi, ortopædkirurgi, præhospitalet, kommunale tilbud og regionale akutteams, almen praksis, Sundhedsstyrelsen, Beredskabsstyrelsen, Forsvaret og øvrige beredskabsaktører har hver deres afgørende rolle.

Et robust sundhedsberedskab bygger på sammenhæng, fleksibilitet, faglig kvalitet og fælles ansvar.

Allerede nu arbejder DASEM på at beskrive eksisterende beredskabsstrukturer og erfaringer på akutafdelingsniveau med det formål at skabe videns- og erfaringsdeling i forhold til organisation, kompetenceudvikling samt small- og full-scale trænings modalitet. Disse eksisterende akutmedicinske erfaringer suppleres i et tillægsdokument til dette holdningspapir i 2027/28

8. Konklusion

Danmark har et stærkt udgangspunkt for udviklingen af et robust sundhedsberedskab.

De væsentligste udfordringer handler ikke om mangel på kompetencer eller engagement, men om behovet for stærkere nationale rammer, mere formaliseret samarbejde, fælles kompetenceudvikling, øget teknologisk og non-teknologisk robusthed samt tydelige principper for prioritering ved længerevarende hændelser herunder i sundhedsvæsnets prioriterede driftsopgaver.

Akutmedicin besidder kompetencer inden for triagering, klinisk prioritering, kapacitetsstyring, flowledelse og tværsektoriel koordinering, som er direkte relevante for de udfordringer, et moderne sundhedsberedskab skal kunne håndtere og forventes at kunne navigere i.

DASEM vurderer derfor, at Akutmedicin bør udgøre en central kapacitetsmæssig forankring i udviklingen af fremtidens danske sundhedsberedskab. Ikke som erstatning for eksisterende beredskabsstrukturer, men som en central faglig samarbejdspartner, der kan bidrage til større robusthed, sammenhængskraft og operationel handleevne på tværs af sundhedsvæsenet.

9. Arbejdsgruppe

Frederik Pors Klinting, Hoveduddannelseslæge Akutmedicin, Odense Universitets Hospital.

Gerhard Tiwald, Speciallæge Akutmedicin, Cheflæge, M.Sc.DM, FEBEM, CEDE, Akutafdelingen Køge, Sjællands Universitetshospital

Mette Haugaard Haldrup, Speciallæge Akutmedicin og Almen Medicin, Uddannelsesansvarlig Akutafdelingen Køge, Sjællands Universitetshospital

Katrine Mavraganis, Hoveduddannelseslæge Akutmedicin, Akutafdelingen, Regionshospitalet Horsens

Henriette Nelsson, Hoveduddannelseslæge Akutmedicin, Speciallæge Thoraxkirurgi, Akutafdelingen, Slagelse Sygehus

Christina Katrin Lehmann, Speciallæge Akutmedicin og Almen Medicin, Uddannelsesansvarlig overlæge, Akutafdelingen, Regionshospitalet Randers

Patrick Wulff, Uddannelseslæge Akutmedicin, Akutafdelingen, Nykøbing Falster Sygehus, Sjællands universitets hospital.