



Helseberedskap i totalforsvaret

Hva kan Norge og Danmark lære av hverandre?

Av Nina Mevold, partner i Mobilize Strategy Consulting og tidligere administrerende direktør ved Sørlandet sykehus HF, og Søren Barlebo Rasmussen, partner i Mobilize Strategy Consulting

1. Innledning: Helseberedskap som del av totalforsvarets transformasjon

Helseberedskap er på vei inn i en ny fase. I flere tiår har helseberedskap i de nordiske landene i stor grad vært forstått som svar på ulykker, epidemier, pandemier, naturhendelser og kortvarige kriser. Covid-19-pandemien viste hvor sårbare moderne helsetjenester kan være når hele samfunnet rammes samtidig, og hvor raskt spørsmål om personell, medisinsk-teknisk utstyr, forsyninger, prioritering, samordning og politisk styring blir avgjørende. Den sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa har samtidig endret rammene for hva helseberedskap må omfatte. Krigen i Ukraina, økt geopolitisk spenning, hybride trusler, cyberangrep, sårbare forsyningskjeder og et styrket fokus på NATO og totalforsvar gjør at helseberedskap ikke lenger kan forstås som et avgrenset sektoransvar. Den må forstås som en kjernefunksjon i samfunnets samlede motstandskraft.

Dette innebærer at vi både i Forsvaret og i de sivile sektorene står overfor mer enn en opprustningsoppgave. Vi står overfor en transformasjonsoppgave. Bedre planer, flere ressurser, større lagre og flere øvelser er nødvendige, men ikke tilstrekkelige dersom omgivelsene samtidig har endret karakter. Totalforsvar handler ikke bare om militær kapasitet, men også om forsyningssikkerhet, cybersikkerhet, kritisk infrastruktur, industriell kapasitet, sivilsamfunnets robusthet og samspillet mellom sivile og militære aktører. Helseberedskap må derfor utvikles som del av et bredere sikkerhets- og beredskapsøkosystem, der helsetjenesten, Forsvaret, kommuner, regioner, statlige myndigheter, næringsliv, frivillighet og internasjonale samarbeidspartnere må kunne virke sammen under stort press.

Den nye trusselsituasjonen handler heller ikke bare om fysisk ødeleggelse, militær kapasitet og tradisjonell krisehåndtering. Den handler også om samfunnets evne til å forstå situasjoner, identifisere falsk informasjon, fatte beslutninger og handle samlet under press. NATO Science & Technology Organization peker i rapporten NATO Chief Scientist Research Report on Cognitive Warfare på at moderne konflikt i økende grad også utspiller seg i den kognitive dimensjonen. Cognitive warfare beskrives som forsøk på å påvirke menneskelig beslutningstaking, atferd og situasjonsforståelse gjennom militære og ikke-militære virkemidler. Dette er relevant for helseberedskap: Dersom situasjonsforståelsen manipuleres eller beslutningsprosessene forstyrres, svekkes også helsetjenestens operative evne.

I en totalforsvarsramme får helsetjenesten en dobbelt rolle. Den skal fortsatt ivareta befolkningens ordinære behov for helsehjelp, også når samfunnet er under sterkt press. Samtidig skal den kunne understøtte militære styrker, håndtere masseskader, bidra til medisinsk evakuering, sikre kritiske forsyninger og opprettholde drift under langvarige og sammensatte belastninger. Beredskap handler derfor ikke bare om planer, lagre og prosedyrer, men om styring, koordinering, organisering, prioritering, kapasitet, kompetanse og evne til rask omstilling.

Et sentralt analytisk utgangspunkt i artikkelen er de fire beredskapsprinsippene: ansvar, likhet, nærhet og samvirke. De peker på at beredskap i størst mulig grad skal bygges på den ordinære organiseringen, håndteres nærmest mulig hendelsen og forutsette aktivt samarbeid mellom berørte aktører. Med utgangspunkt i prinsippene er det mulig å stille et presist spørsmål: Understøtter dagens organisering av helsetjenesten faktisk den beredskapen som kreves i krise og krig?

For helsetjenestene er dette en særlig krevende oppgave. Både Norge og Danmark har sterke offentlige helsesystemer, høy institusjonell tillit og lang tradisjon for offentlig samordning. Samtidig er tjenestene allerede presset i fredstid. Demografiske endringer, mangel på helsepersonell, økonomiske prioriteringer, kapasitetsutfordringer og økende forventninger fra befolkningen gjør at beredskap ikke kan bygges som et tillegg utenpå den ordinære driften. Den må integreres i måten helsetjenestene styres, organiseres, finansieres, øves og utvikles på.

Norge og Danmark er interessante å sammenligne nettopp fordi landene både ligner på og skiller seg fra hverandre. Begge er nordiske velferdsstater med skattefinansierte helsetjenester, og har sterke offentlige institusjoner og tette bånd til NATO og europeisk beredskapssamarbeid. Danmark er EU-medlem, mens Norge er knyttet til EU gjennom EØS-avtalen og søker tettere tilknytning til EUs styrkede helseberedskapssamarbeid. Samtidig har landene ulike geografiske, militære og organisatoriske forutsetninger. Norge har store avstander, spredt bosetting, krevende geografi og en særlig sikkerhetspolitisk betydning i Nord-Norge. Danmark har kortere avstander, tettere infrastruktur, færre administrative nivåer og en annen posisjon som vertsland, transittland og logistisk knutepunkt i en nordisk og europeisk sikkerhetsarkitektur.

Artikkelen tar utgangspunkt i følgende spørsmål: Hva kan Norge og Danmark lære av hverandre om organisering av helseberedskap i totalforsvaret, og hvilke anbefalinger følger av dette for å styrke helsetjenestenes evne til å håndtere alvorlige kriser, sammensatte trusler og krig?

Sammenligningen munner ut i fire hovedanbefalinger: Helseberedskap må forankres tydeligere som operativ del av totalforsvaret; den må øves realistisk på tvers av sektorer og nivåer; kommuner og hele helsetjenestekjeden må løftes som strategiske beredskapsaktører; og nordisk og europeisk samarbeid må gjøres mer praktisk og forpliktende. Disse anbefalingene bygger på en enkel erkjennelse: Den nordiske styrken ligger ikke bare i sterke institusjoner, men i evnen til å skape samarbeid, tillit og felles handlekraft mellom dem.

2. Helseberedskap i Norge og Danmark: felles utgangspunkt og ulike forutsetninger

Norge og Danmark har et felles nordisk utgangspunkt. Begge land har offentlige, skattefinansierte helsetjenester, høy faglig kvalitet og sterke offentlige institusjoner. Begge har omtrent samme befolkningsstørrelse, men de skiller seg tydelig fra hverandre når det

gjelder geografi, infrastruktur, administrativ organisering og sikkerhetspolitisk rolle. Disse forskjellene har stor betydning for hvordan helseberedskap kan organiseres og operasjonaliseres.

Norge er inndelt i 15 fylker. Primærhelsetjenestene ligger hos 357 kommuner, mens spesialisthelsetjenesten er statlig eid og organisert gjennom fire regionale helseforetak og underliggende helseforetak. Fylkeskommunene inngår også i totalberedskapen, blant annet gjennom ansvar for kollektivtransport. Det finnes derfor ikke én felles styringslinje på tvers av kommunale helse- og omsorgstjenester, statlige sykehus, fylkeskommunale oppgaver og regional samordning. Danmark har fem regioner, som fra 2027 blir fire, med ansvar for sykehus, akuttberedskap og prehospital innsats, og 98 kommuner med ansvar for pleie, omsorg, forebygging og en rekke borgernære helseoppgaver. Danmark har dermed en mer kompakt og administrativt oversiktlig struktur, mens Norge i større grad må håndtere beredskap gjennom samordning mellom mange aktører.

Geografien forsterker forskjellene. Norge er langstrakt, kupert og spredt bosatt, med store avstander, krevende værforhold, lang kystlinje og særlige utfordringer i nordområdene. Helsetjenestene er tilpasset dette gjennom et relativt desentralisert tjenestetilbud, kommunale og interkommunale løsninger og offentlige sykehus spredt over hele landet. Dette gir nærhet og lokal tilstedeværelse, men skaper også utfordringer knyttet til bemanning, transport, koordinering og kapasitetsutnyttelse. Danmark har korte avstander, tett infrastruktur og bedre forutsetninger for å flytte pasienter, personell og ressurser mellom landsdeler. Det gir et strukturelt beredskapsfortrinn, men også et mulig belastningspunkt dersom Danmark skal fungere som vertsland, transittland og logistisk knutepunkt for allierte styrker.

På nasjonalt nivå har Norge og Danmark ulike koordineringsmodeller. I Norge har Helse- og omsorgsdepartementet sektoransvaret for helsesektoren, mens Justis- og beredskapsdepartementet har en sentral samordningsrolle for samfunnssikkerhet og sivil støtte til Forsvaret ved krise og krig. Nasjonalt skal Regjeringens sikkerhetsutvalg og det administrative Kriserådet sørge for koordinering. Helseberedskapsrådet skal styrke samordningen i helsesektoren og mellom helsesektoren og Forsvaret. Regionalt er statsforvalteren en nøkkelaktør gjennom ledelse av Fylkesberedskapsrådet i krise og krig, men statsforvalteren er ikke en ordinær styringslinje i helsetjenesten. Danmark har en tydelig nasjonal helsefaglig koordineringsfunksjon gjennom Sundhedsstyrelsen, som rådgir regioner og kommuner, deltar i øvelser og inngår i nasjonale staber ved større hendelser, for eksempel NOST, Nationale Operative Stab.

Sundhedsreformen gir samtidig Danmark et nytt samordningsnivå som kan få beredskapsmessig betydning. Fra 2027 etableres 17 sundhedsråd som regionale stående utvalg på sundhedsområdet, med folkevalgte representanter fra både regioner og kommuner innenfor hvert geografiske område. Rådene får ansvar for blant annet strategi og planlegging av deler av sykehusdriften, lokal planlegging av almenmedicinske tilbud og praksissektor samt flere oppgaver som flyttes fra kommunene til regionene. I et

helseberedskapsperspektiv kan sundhedsrådene derfor bli en viktig arena for å koordinere mellom kommuner, sykehus og almen praksis i et avgrenset geografisk område. Det kan styrke nærhets- og likhetsprinsippet i Danmark, men forutsetter at rådene også kobles til totalberedskap, Forsvaret, kriseøvelser og regionale kapasitetsplaner.

Helseberedskapen i begge land omfatter blant annet sykehusberedskap, prehospital innsats, legemiddelberedskap, primærhelsetjeneste, psykososial innsats og håndtering av CBRNE-hendelser, det vil si kjemiske, biologiske, radiologiske, nukleære og eksplosive hendelser.

Sundhedsstyrelsens veiledning legger vekt på helhetsorientert beredskapsplanlegging, kriseledelse, situasjonsforståelse, informasjonsdeling, koordinering, krisekommunikasjon, fortsatt drift og gjenoppretting. Dansk helseberedskap forstås dermed ikke bare som flere senger eller mer utstyr, men som ledelse, samordning og evne til å opprettholde drift under press.

Norge har på sin side de siste årene gjort helseberedskap til en mer eksplisitt del av totalforsvaret. Totalberedskapsmeldingen, Helseberedskapsmeldingen og Nasjonal helseberedskapsplan peker alle mot tettere samvirke mellom helsetjenesten, Forsvaret, kommunene, fylkeskommunene og øvrige beredskapsaktører. Planene understreker at helsetjenesten skal kunne fungere i hele krisespekteret, fra pandemier og større ulykker til sikkerhetspolitiske kriser og krig. Det gir Norge et tydelig strategisk utgangspunkt, men også en krevende gjennomføringsoppgave.

I begge land vil Forsvarets egne sanitetsressurser være utilstrekkelige i et større krigs- eller NATO-scenário. Den sivile helsetjenesten må derfor kunne understøtte både befolkningen, nasjonale militære styrker og allierte styrker. Helsetjenesten får dermed en dobbelt oppgave: Den skal opprettholde ordinære tjenester til befolkningen samtidig som den skal håndtere masseskader, medisinsk evakuering, behandling av sårede soldater og sivile, blodberedskap, legemiddelforsyning, medisinsk logistikk og vertslandsstøtte. Den sivile helsetjenesten blir med andre ord en forutsetning for totalforsvarets operative evne.

Kommunene blir avgjørende i begge land. Dersom sykehusene skal frigjøre kapasitet ved masseskader eller krig, må kommunene kunne overta eller håndtere flere pasienter enn i normalsituasjonen. I Norge varierer kommunenes kapasitet, kompetanse og geografiske forutsetninger betydelig. En ny veileder for kommunenes helseberedskap kan støtte arbeidet, men må følges av øvelser sammen med andre aktører. I Danmark er kommunestrukturen mer konsolidert, men også her vil kommunene være nøkkelen til å avlaste sykehusene, opprettholde pleie og omsorg og håndtere sårbare grupper under langvarig press.

Covid-19-pandemien viste både styrker og svakheter i begge land. Danmark og Norge hadde velfungerende helsetjenester og god digital omstillingsevne, men pandemien avdekket også mangler i planverk, lagre og samordning. Begge land viste betydelig evne til nasjonal planlegging, mobilisering, rask beslutningstaking og koordinering mellom

stat, regioner eller kommuner. Samtidig ble det tydelig hvor krevende det er å balansere sentral styring og lokal gjennomføring, faglige råd og politiske beslutninger, samt hensynet til helse og samfunnets øvrige funksjoner. Landene fikk en viktig øvelse i å prioritere en omfattende ny pasientgruppe innenfor eksisterende ressurser. Begge land må derfor bruke erfaringene fra pandemien uten å forberede seg på at neste krise vil ligne den forrige. En krig eller hybrid krise kan bli mer fysisk destruktiv, mer langvarig, mer uforutsigbar og langt tettere koblet til militære behov enn pandemien var.

Det europeiske samarbeidet er blitt viktigere etter pandemien og Russlands krig mot Ukraina. EUs Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) skal styrke beredskap og respons mot grensekryssende helsetrusler, blant annet gjennom arbeid med medisinske mottiltak, forsyningskjeder og kriserespons. Danmark inngår som EU-medlem direkte i dette samarbeidet. Norge samarbeider tett med EU gjennom EØS-avtalen, men arbeider samtidig for tettere tilknytning til EUs styrkede helseberedskaps-samarbeid. I tillegg ligger det et potensial i den nordiske helseberedskapsavtalen og i at Sverige og Finland nå er NATO-medlemmer. Særlig for Norge har Sveriges inntreden i NATO stor betydning for beredskapsplanlegging. Nordisk samarbeid kan dermed i større grad utvikles fra politisk intensjon til operativ støtte, felles øvelser, pasientflyt, medisinsk evakuering og forsyningsberedskap.

Sammenlignet med Danmark har Norge større geografiske, klimamessige, logistiske og organisatoriske utfordringer. Den norske helsetjenesten er mer fragmentert, og regional koordinering må i stor grad bygges gjennom strukturer som ikke fullt ut følger den daglige styringen. På den andre siden har Norge kommet lengre i å gjøre helseberedskap til en eksplisitt del av totalforsvaret. Danmark har bedre strukturelle forutsetninger for samordning, men må tydeliggjøre hvordan sundhedsberedskabet skal inngå som en operativ del av totalberedskabet, Forsvarets behov og NATO-scenarier.

Begge land må planlegge for en krevende prioriteringssituasjon i krig, mellom ordinære oppgaver for befolkningen og støtte til Forsvaret og allierte. I Norge har helsemyndighetene konkretisert dette gjennom estimerer for hvor stor sykehuskapasitet som kan måtte disponeres for sårede soldater og sivile.

3. Komparativ analyse: beredskapsprinsippene som test

De fire beredskapsprinsippene – ansvar, likhet, nærhet og samvirke – gir en nyttig ramme for å forstå forskjellene mellom Norge og Danmark. Prinsippene peker på at beredskap ikke bør bygges som et parallelt krisesystem, men forankres i den daglige organiseringen. Nettopp derfor blir de også en test av om den ordinære organiseringen faktisk er egnet til å bære en alvorlig krise.

Ansvarsprinsippet skaper kontinuitet. Den som har ansvar i fredstid, skal også ha ansvar i krise. For helseberedskap betyr det at kommuner, sykehus, nasjonale helsemyndigheter og beredskapsaktører må utvikle kriseevne som del av sitt daglige ansvar. Danmark har her et mulig organisatorisk fortrinn ved at antallet aktører er betydelig færre enn i Norge.

Etter reformen vil Danmark ha fire regioner og 98 kommuner, mens Norge må samordne 357 kommuner, 15 fylkeskommuner, fire regionale helseforetak, underliggende helseforetak, 27 politidistrikter og 10 statsforvaltere. Det er ikke samsvar i aktørenes regionale inndelinger. Det betyr ikke at dansk ansvar er ukomplisert, eller at grenseflater ikke må avklares i Danmark. Men aktørlandskapet er mindre. I Norge blir ansvarsbildet mer sammensatt, og helseberedskapen blir derfor særlig avhengig av tydelige grenseflater mellom kommuner, helseforetak, fylkeskommuner, statsforvaltere, nasjonale myndigheter og Forsvaret.

Likhetsprinsippet innebærer at organiseringen under krise i størst mulig grad skal ligne organiseringen til daglig. Prinsippet er fornuftig fordi aktørene kjenner roller, ansvar og samarbeidslinjer før krisen oppstår. Men det har også en viktig konsekvens: Hvis den daglige organiseringen er kompleks, fragmentert eller preget av svake koblinger, følger disse svakhetene med inn i krisen. Dette er særlig krevende i Norge, der statsforvalteren skal bidra til regional samordning uten å være en ordinær driftslinje overfor kommunene. Danmark kan i større grad bygge på eksisterende regionale og kommunale strukturer, men må samtidig sikre at en sterk sektorberedskap også dekker krigens krav, NATO-forpliktelser og vertslandsrollen.

Nærhetsprinsippet innebærer at kriser skal håndteres på lavest mulig organisatorisk nivå. I helseberedskap merkes de første konsekvensene lokalt: i kommuner, legevakter, sykehus, hjemmetjenester, pleieinstitusjoner, apotek, ambulansetjenester og frivillige nettverk. Nasjonale planer har begrenset verdi dersom lokal kapasitet ikke finnes. Norges desentrale struktur kan gi lokal robusthet, særlig der transport, strøm, nett eller forsyninger svikter. Men store variasjoner mellom kommuner gjør også nærhetsprinsippet krevende. Danmark har kortere avstander, færre kommuner og sterkere regional kapasitet, men også her kan kommunene komme under press dersom utskrivningsbehov, pleieoppgaver, forsyningssvikt og en mulig transitt- eller vertslandsrolle opptrer samtidig.

Samvirkeprinsippet er den avgjørende testen. Moderne kriser følger ikke sektorgrenser. En alvorlig hendelse kan samtidig ramme sykehuskapasitet, digitale systemer, transport, strøm, forsyninger, kommunikasjon og militære behov. I begge land vil den sivile helse-tjenesten være en del av den militære utholdenheten. Spørsmålet blir derfor hvordan den sivile og militære behandlingsskjeden faktisk skal henge sammen: hvem prioriterer, hvem leder, hvem transporterer, hvem behandler, og hvordan fordeles pasienter mellom militære og sivile behov?

Norge har tydeligere formulert denne koblingen i planverk og politiske dokumenter. Det er et styrkefortrinn, men samvirke krever mer enn formelle strukturer. Det krever øving, felles situasjonsforståelse, kompetanse og konkrete behandlingsskjeder. Danmark har sterke forutsetninger for samvirke internt i sundhedsberedskabet, men den kritiske utfordringen er om dette er tilstrekkelig utviklet mellom sundhedsberedskabet, totalberedskabet og Forsvaret.

Samlet viser analysen at begge land har klare fortrinn og tydelige utfordringsområder. Danmark har de beste strukturelle forutsetningene: kortere avstander, tettere infrastruktur, færre administrative aktører og en sterk nasjonal helsefaglig koordineringsmyndighet. Norge har en tydeligere strategisk og politisk kobling mellom helseberedskap og totalforsvar, men utfordres av geografi, fragmentert organisering og store variasjoner i lokal kapasitet. For begge land er hovedutfordringen å bevege seg fra planverk til operative aktører, avklarte mekanismer og reell samhandlingsevne.

Tabell 1: Beredskapsprinsippene som ramme for videre utvikling av helseberedskap i Norge og Danmark

Beredskapsprinsipp	Danmark	Norge	Anbefalinger og videre arbeid
Ansvarsprinsippet	Ansaret i krise bygger i hovedsak på samme aktører som i fredstid: regioner, kommuner og Sundhedsstyrelsen. Styrken er et mindre og mer oversiktlig aktørlandskap. Utfordringen er å tydeliggjøre ansvar i totalberedskap, særlig overfor Forsvaret og allierte behov.	Prinsippet gjelder også i Norge, men ansvarslinjene er mer sammensatte: 357 kommuner har primærhelsetjenesten, staten har spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunene har blant annet transport og tannhelse, og statsforvalteren koordinerer regionalt i krise og krig. Styrken er tydelig totalforsvarsorientering; utfordringen er grenseflatene mellom aktørene.	Knyttes særlig til anbefaling 1, 4 og 5: Helseberedskap som operativ totalforsvarsevne, avklart sivil-militær behandlingsskjede og felles ansvar for forsyningsberedskap og digital robusthet. Videre arbeid: avklare ansvar, prioriteringer, kapasitetsfrigjøring og beslutningsmyndighet før krisen oppstår.
Likhetsprinsippet	Danmark kan bygge kriseorganiseringen på eksisterende regionale og kommunale strukturer. Risikoen er at en velfungerende sektorberedskap ikke automatisk dekker krigens krav, NATO-forpliktelser og vertslandsrollen.	Norge bygger også på ordinær organisering, men må i krise legge større vekt på regional samordning gjennom statsforvalteren. Det skaper et spenn mellom daglig drift og kriseorganisering fordi statsforvalteren ikke er en ordinær styringslinje i helsetjenesten.	Knyttes særlig til anbefaling 2, 3 og 8: Realistiske øvelser, styrking av hele helsetjenestekjeden og økt transformasjonskapasitet. Videre arbeid: teste om daglig organisering fungerer under krigslignende belastning, og justere roller, grenseflater og kapasitetsplaner gjennom øvelser.
Nærhetsprinsippet	Korte avstander, færre kommuner og sterk regional kapasitet gir Danmark gode forutsetninger. Utfordringen er å sikre at kommunene tåler samtidig press fra utskrivninger, pleiebehov, forsyningssvikt og en mulig transitt- eller vertslandsrolle.	Norge har lokal tilstedeværelse og desentral robusthet, noe som kan være et beredskapsfortrinn. Samtidig varierer kommunenes kapasitet betydelig, og mange små kommuner kan være sårbare ved langvarige hendelser, personellmangel og bortfall av infrastruktur.	Knyttes særlig til anbefaling 3, 4 og 6: Helsetjenestekjeden må styrkes, kommunene må løftes som strategiske beredskapsaktører, og legitimitet, kommunikasjon og mental beredskap må forankres lokalt. Videre arbeid: styrke kommunale planer, øvelser, lokale forsyninger, alternative kommunikasjonsformer og samarbeid med frivillige og private aktører.
Samvirkeprinsippet	Danmark har sterke forutsetninger for samvirke internt i sundhedsberedskabet. Utviklingsoppgaven er å koble dette tydeligere til totalberedskap, Forsvaret, NATO-planlegging, transportkorridorer og mottak av sårede.	Norge har mer modent planverk og tydeligere sivil-militære roller. Utfordringen er å gjøre samvirket operativt i praksis, særlig lokalt og regionalt, gjennom felles situasjonsforståelse, trening, behandlingsskjeder og prioriteringsmekanismer.	Knyttes særlig til anbefaling 1, 2, 5, 6, 7 og 8: Operativ totalforsvarsevne, øvet samarbeid, robust forsyning og IKT, krisekommunikasjon, nordisk/europeisk samarbeid og transformasjonskapasitet. Videre arbeid: bygge faste arenaer, felles scenarioer, hyppigere tverrsektorielle øvelser og nordiske mekanismer for pasientflyt, evakuering og gjensidig støtte.

4. Anbefalinger: fra planverk til operativ helseberedskap

Norge og Danmark har ulike utgangspunkt, men står overfor en felles oppgave: å omsette planer, prinsipper og strukturer til reell samarbeids- og handleevne under press. Den nordiske samfunnsmodellen gir et sterkt utgangspunkt, men den må ikke tas for gitt. Den må utvikles i fredstid gjennom relasjoner, øvelser, felles forståelse og tydelige samarbeidsformer. På bakgrunn av sammenligningen peker vi på åtte anbefalinger.

For det første bør helseberedskap forankres tydeligere som operativ del av totalforsvaret. Helsetjenesten kan ikke forberedes isolert fra forsvar, transport, energi, digitale systemer, forsyningskjeder, politi, kommuner, næringsliv og frivillighet. En krig eller alvorlig hybrid

krise vil ramme samfunnets sammenhenger. Da blir evnen til å samarbeide på tvers like viktig som den enkelte sektors egne planer.

For det andre må beredskap gå fra planverk til øvet samarbeid. Øvelser bør ikke bare teste om hver aktør kjenner sin egen rolle, men om aktørene sammen klarer å skape felles situasjonsforståelse, dele informasjon, prioritere, ta beslutninger og håndtere uenighet. Scenarioene bør kombinere masseskader, cyberangrep, bortfall av strøm og digitale systemer, forsyningssvikt, personellmangel, evakuering, mottak av sårede og press på ordinære helsetjenester.

For det tredje må helseberedskap forstås som en helsetjenestekjede, ikke som sykehusberedskap alene. Sykehusene vil være kritiske ved masseskader og krig, men de kan ikke frigjøre kapasitet uten at resten av tjenesten fungerer. Kommuner, legevakter, hjemmetjenester, sykehjem, rehabilitering, psykososial støtte, apotek, ambulansetjenester, brann, politi og frivillige aktører må derfor inngå i samme beredskapslogikk.

For det fjerde bør kommunene løftes tydeligere frem som strategiske beredskapsaktører. Erfaringene fra Ukraina viser at lokal handlekraft kan være avgjørende når strøm, nett, transport, forsyninger og sentrale styringslinjer svikter. Kommuner, frivillige organisasjoner og andre lokale institusjoner kan bli strukturene som opprettholder befolkningens trygghet, grunnleggende tjenester og praktisk problemløsning i krig. Lokal handlekraft oppstår imidlertid ikke bare gjennom formelle planer. Den bygger på relasjoner, kjennskap og evne til å mobilisere lokale ressurser. Dette er særlig relevant for Norge, hvor geografi og spredt bosetting gjør lokal robusthet nødvendig. Det er også relevant for Danmark, hvor de nye sundhedsrådene kan bli et viktig bindeledd mellom kommuner, sykehus og almen praksis, men bare dersom de også brukes som arenaer for beredskapsplanlegging og tverrsektorielle øvelser.

For det femte må forsyningsberedskap og digital robusthet behandles som felles sikkerhetsoppgaver. Legemidler, medisinsk utstyr, blodprodukter, energi, vann, transport og IKT er ikke støttefunksjoner i en alvorlig krise. De er forutsetninger for behandlingsevne. Norge og Danmark må derfor kombinere nasjonale lagre, robuste avtaler og bedre oversikt over avhengigheter med nordisk, europeisk og alliert samarbeid.

For det sjette må legitimitet, kommunikasjon og mental beredskap beskyttes mot kognitiv påvirkning og desinformasjon. Når helsetjenesten må prioritere hardt, er befolkningens oppslutning og forståelse avgjørende. Helseberedskap må derfor omfatte krisekommunikasjon, åpenhet om prioriteringer og evne til å forklare vanskelige beslutninger.

For det syvende bør nordisk og europeisk samarbeid gjøres mer operativt. Begge land er avhengige av NATO, EU, nordiske avtaler og internasjonale forsyningskjeder. Sveriges og Finlands NATO-medlemskap åpner for tettere nordisk planlegging, og HERA gir en viktig europeisk ramme for medisinske mottiltak og helsekriseberedskap. Danmark kan bruke sin EU-posisjon aktivt i en nordisk beredskapslogikk, mens Norge bør styrke sin tilknytning til EUs helseberedskapssamarbeid gjennom EØS og særskilte avtaler.

Samarbeidet bør konkretiseres i felles scenarioer, øvelser, pasientflyt, medisinsk evakuering, forsyninger, blodberedskap og gjensidig støtte.

For det åttende må helsetjenestene bygge transformasjonskapasitet. Helseberedskap kan ikke forbedres gjennom mer av det samme alene. Trusselbildet er for komplekst og endrer seg for raskt. Helsetjenestene må lære raskere, øve mer realistisk, justere planer underveis, samarbeide bredere og ta i bruk nye løsninger før alle svar foreligger. Dette krever ledelse som kan balansere kontroll og læring, nasjonal styring og lokal handlekraft, stabil drift og rask omstilling.

Helseberedskap er derfor ikke et tillegg til totalforsvaret. Den er en forutsetning for totalforsvarets evne til å virke. Når krisen blir langvarig, sammensatt og alvorlig, vil samfunnets motstandskraft i stor grad avhenge av om helsetjenesten kan opprettholde behandling, trygghet og prioriteringsevne. Det avgjørende blir ikke bare om Norge og Danmark har planlagt godt nok, men om landene har bygget sterke nok relasjoner og operative mekanismer til å handle sammen når planene ikke lenger er tilstrekkelige.

Erfaringer fra ukrainske kommuner

Krigen i Ukraina har vist at kommuner og lokale aktører kan få en langt mer avgjørende rolle i krig enn tradisjonelle beredskapsplaner ofte legger til grunn. Når strøm, vann, digitale systemer, transport og forsyninger svikter, blir lokal evne til å improvisere, prioritere og opprettholde grunnleggende tjenester avgjørende.

Ukrainske kommuner har måttet sikre befolkningens tilgang til varme, mat, medisiner, transport, informasjon, tilfluktssteder og enkel helsehjelp under svært krevende forhold. De har samtidig måttet samarbeide med frivillige, lokale nettverk, nasjonale myndigheter, militære aktører og internasjonale organisasjoner. Erfaringen viser at kommunal beredskap ikke bare handler om lokale planer, men om relasjoner, handlekraft, praktisk ledelse og evne til rask omstilling.

For Norge og Danmark er læringspunktet tydelig: Lokal helseberedskap må ikke betraktes som et svakt ledd i totalforsvaret, men som en av dets viktigste forutsetninger.

Referanser

- Danmarks Statistik. (2026). *Befolkningstal*. Danmarks Statistik. <https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningstal>
- Danske Regioner. (u.å.). *Regional Denmark*. Danske Regioner. <https://www.regioner.dk/services/in-english/regional-denmark>
- Danske Regioner. (u.å.). *Ny organisering af sundhedsvæsenet*. Danske Regioner. <https://www.regioner.dk/sundhedsreform/viden-om-sundhedsreformen/ny-organisering-af-sundhedsvaesenet/>
- European Commission. (u.å.). *Health Emergency Preparedness and Response (HERA)*. European Commission. https://health.ec.europa.eu/health-emergency-preparedness-and-response-hera_en
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Meld. St. 5 (2023-2024) En motstandsdyktig helseberedskap: Fra pandemi til krig i Europa*. Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Nasjonal helseberedskapsplan: Å verne om liv og helse*. Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2026). *Norwegian collaboration with EU in the area of health*. Regjeringen.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9 (2024-2025) Totalberedskapsmeldingen: Forberedt på kriser og krig*. Regjeringen.
- Kartverket. (2024). *Kommune- og fylkesgrenser*. Kartverket.
- Lovdata. (2002). *Nordisk helseberedskapsavtale*. Lovdata.
- NATO Science & Technology Organization. (2025). *NATO Chief Scientist Research Report on Cognitive Warfare*. NATO STO.
- Rasmussen, S. B., & Fischer, K. (u.å.). *Forsvaret skal ikke blot oprustes, det skal transformeres*. Mobilize Strategy Consulting. <https://mobilize-nordic.com/det-faglige-univers/artikler/transformation-af-forsvaret/>
- Regjeringen. (2022). *Hovedprinsipper i beredskapsarbeidet*. Regjeringen.
- Regjeringen. (2026). *Oversikt over landets helseforetak*. Regjeringen.
- Statistisk sentralbyrå. (2026). *Befolkning*. SSB.
- Styrelsen for Samfundssikkerhed. (2026). *Totalberedskab*. Styrelsen for Samfundssikkerhed.
- Sundheds- og Kirkeministeriet. (u.å.). *De nye sundhedsråd*. Sundheds- og Kirkeministeriet. <https://www.ism.dk/temaer/sundhedsreformen-2024/sundhedsraad>
- Sundhedsstyrelsen. (u.å.). *Sundhedsstyrelsens beredskab*. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2025). *Planlægning af sundhedsberedskabet: Vejledning til regioner og kommuner*. Sundhedsstyrelsen.

Forfatterne bak

Nina Mevold

Partner i Mobilize Strategy Consulting

Nina er ekspert i strategisk ledelse og styring av store offentlige organisasjoner. Hennes arbeid dreier seg særlig om hvordan man skaper retning i organisasjoner der mange interesser, fagligheter og styringsnivåer skal møtes – ved å koble et strategisk perspektiv til en konkret forståelse av ledelse og organisatorisk kapasitet.

Nina har mer enn 25 års erfaring med strategisk ledelse, offentlig styring, organisasjonsutvikling og endringsprosesser.

Nina har tidligere vært administrerende direktør ved Sørlandet sykehus HF og kommunaldirektør for helse og omsorg i Bergen kommune. Hun har også hatt flere lederstillinger ved Universitetet i Bergen, blant annet som fakultetsdirektør ved Det medisinske og Det psykologiske fakultet. Hun arbeider særlig med strategiutvikling, lederutvikling og strategisk ledelse, styringsstrukturer, organisasjonsutvikling og tverrgående samarbeid, og henter erfaringen sin fra helsetjenesten, kommunal virksomhet, og universitetssektoren.



Søren Barlebo Rasmussen

Partner i Mobilize Strategy Consulting

Søren er ekspert i strategisk ledelse av faglige organisasjoner. Hans arbeid dreier seg særlig om hvordan store faglige organisasjoner kan skape mål- og kulturfellesskap, styrke strategisk koordinering og utvikle forskningsbasert innovasjon uten å svekke motivasjonen hos de fagprofesjonelle. Søren har tidligere vært ledelsesforsker, instituttleder og dekan ved CBS, hvor han også satt i direksjonen. De siste 20 årene har han vært konsulent og hjulpet mange sykehus og universiteter med strategisk utvikling – også i samspillet mellom disse to typene organisasjoner. Han har arbeidet mye med samspillet mellom forskning og innovasjon.

Søren er dessuten forfatter og medredaktør på en rekke bøker om ledelse, lederutvikling og transformasjon av helsevesenet. De siste årene har han vært medredaktør på tre antologier om fremtidens helsevesen: *Hvordan transformerer vi fremtidens sundhedsvæsen?*, *Hvordan leder vi fremtidens sundhedsvæsen?* og *Hvordan skaber vi fremtidens sundhedsvæsen?*

