



Fremtidens norske helsevesen skapes i fellesskap

Av **Anders Mohn Frafjord**, viseadministrerende direktør ved Oslo Universitetssykehus og styreleder ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, **Pål Rune Voss**, spesialrådgiver og programleder for topplederprogrammet i Helse Sør-Øst, **Kristian Mikkelsen Wegener**, seniorkonsulent i Mobilize Strategy Consulting, og **Søren Barlebo Rasmussen**, partner i Mobilize

Fremtidens helsevesen blir annerledes

Tiden er inne for en erkjennelse: Norsk helse- og omsorgstjeneste har forsøkt å løse feil problemer med feil metoder. Vi har lagt til grunn at vi står overfor kompliserte problemer som kan løses med naturvitenskapelig metode, med to streker under svaret. I realiteten har vi stått overfor komplekse utfordringer. Dette krever en annen ledelseslogikk der hele lederlinjen og de ansatte sammen må finne veien til målet.

Det norske helsevesenet står nemlig ikke bare overfor behovet for å gjøre det vi allerede gjør, litt bedre. Det står overfor en dypere omstilling, der selve måten vi skaper verdi for pasienter, pårørende og samfunn på, er i endring. Flere av de viktigste utfordringene kan derfor ikke lenger løses innenfor én avdeling, én profesjon, ett sykehus eller én styringslinje. De oppstår i overgangene mellom sykehus og kommune, mellom behandling og forebygging, mellom faglige spesialiteter og mellom politiske ambisjoner og klinisk hverdag.

Et eksempel er den eldre pasienten med flere kroniske sykdommer, som ikke først og fremst har behov for én enkelt fremragende behandling, men for et sammenhengende forløp på tvers av sykehus, fastlege, kommune, pårørende og digitale løsninger i hjemmet. Verdien skapes ikke ett sted, men i samspillet mellom mange. Det stiller nye krav til både organisering og ledelse.

Et annet eksempel er mangelen på helsepersonell. Den kan ikke løses ved at hver enkelt virksomhet bare forsøker å rekruttere flere, eller at det blir lovfestede bemanningsnormer for enkelte profesjoner. Det finnes ikke nok folk samlet sett. Når et sykehus lykkes med å tiltrekke seg flere sykepleiere fra en kommune, kan det løse et bemanningsproblem på sykehuset, men samtidig skape et nytt problem i kommunen. Da har vi ikke løst utfordringen for helsevesenet som helhet - vi har bare eksportert problemet til et annet sted i systemet.

Derfor er fremtidens helsevesen ikke bare et mer effektivt helsevesen. Det er **et mer sammenhengende, lærende og samarbeidende helsevesen**. Et helsevesen der transformasjon ikke bare kan besluttes og implementeres fra toppen, men må mobiliseres ved å samle aktørene på tvers av hele økosystemet rundt pasientens samlede

behov. Dette forutsetter en helt bevisst måte å lede på, når det både skal settes strategisk retning og strategiene skal oversettes til klinisk hverdag. Det krever involvering av flere ledelsesnivåer.

Utviklingen utfordrer også noen av helsevesenets vante styringsformer. Vi kan ikke møte systemiske problemer med stadig flere lokale mål, flere rapporteringskrav og flere prosjekter som lever ved siden av driften. Vi kan heller ikke fortsette å belønne løsninger som ser gode ut for én organisasjon, men som skaper nye problemer et annet sted i pasientforløpet. Skal helsevesenet lykkes som et samlet system, må vi slutte å omtale samhandling som noe som kommer i tillegg til kjerneoppgaven. For mange pasienter er samhandling selve kjerneoppgaven.

I denne artikkelen ser vi nærmere på hva en slik transformasjon krever: Hvorfor helsevesenet må evne å tenke nytt om egne løsninger, hvorfor en felles fortelling og retning blir avgjørende, hvordan politikere, myndigheter, sykehus, kommuner og fagmiljøer må spille bedre sammen, og hvorfor fremtidens løsninger må løftes på tvers av virksomheter, regioner og landegrensener.

Transformasjon krever at vi tør å tenke om igjen

Når utfordringene endrer karakter, må også svarene gjøre det. Mye av helsevesenet er bygget opp rundt sterke fagmiljøer, tydelige ansvarsområder og etablerte styringslinjer. Det har gitt høy kvalitet, stor spesialisering og imponerende resultater. Men de samme strukturene kan også gjøre det krevende å se nye løsninger, særlig når problemene ikke følger de samme grensene som organisasjonen er bygget rundt.

Derfor er det viktig å skille mellom endring og transformasjon. Endring handler ofte om å forbedre det eksisterende: Kortere ventetider, bedre pasientflyt, mer effektiv bruk av ressurser eller nye digitale verktøy i dagens arbeidsprosesser. Transformasjon handler om noe mer grunnleggende. Det handler ikke bare om å gjøre det samme bedre, men om å endre selve måten vi skaper verdi på. Målet er ikke alltid kjent på forhånd, og løsningene må ofte utvikles underveis, i samspill mellom mange aktører.

Et eksempel kan være oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer. En endring kan være å gjøre kontrollene på sykehuset mer effektive eller redusere ventetiden til poliklinikken. Transformasjon er å stille et annet spørsmål: Hvor mye av oppfølgingen må egentlig skje på sykehuset? Kan mer skje hjemme, hos fastlegen, i kommunen eller digitalt - slik at pasienten opplever mer trygghet og sammenheng, samtidig som sykehuset bruker kapasiteten på det som faktisk krever spesialisert behandling?

I boken *Think Again* peker **Adam Grant** på betydningen av å kunne tenke om igjen - ikke som uttrykk for usikkerhet, men som en nødvendig evne i møte med en verden som endrer seg raskt. Det er en viktig påminnelse for helsevesenet. Når utfordringene blir mer sammensatte, kan ikke alle svarene finnes i gårsdagens modeller. Vi må evne å lære, justere og utvikle nye løsninger sammen.

Dette peker på et av de største dilemmaene helsevesenet står overfor: Behovet for å forandre seg samtidig som det skal levere hver dag. Driftspresset er reelt. Men dersom all ledelsesoppmerksomhet går til dagens kapasitetsutfordringer, blir vi ikke i stand til å bygge morgendagens løsninger. Transformasjon krever derfor at ledelsen er i stand til å handle ambidekstralt - å fokusere på begge perspektiver samtidig. Dette stiller også krav til en tydeligere prioritering av hva vi skal gjøre mindre av.

En slik prioritering betyr ikke at alt gammelt skal forkastes. Det betyr at fremtidens helsevesen må ha større kapasitet til å utforske, prøve ut og lære underveis. Transformasjon begynner derfor ikke med en ferdig oppskrift for det nye. Den begynner med viljen til å stille bedre spørsmål, og til og med stille spørsmål til seg selv om det du alltid har trodd har vært rett.

Fra kompliserte problemer til komplekse utfordringer

En viktig grunn til at transformasjon krever noe annet enn tradisjonell styring, er at helsevesenet i økende grad må arbeide i det komplekse domenet. Her kan Cynefin-rammeverket, utviklet av **Dave Snowden**, være nyttig. Det skiller mellom ulike typer situasjoner: Noen er enkle, noen er kompliserte, noen er komplekse, og noen er kaotiske. Poenget er at ulike typer problemer krever ulike måter å lede, beslutte og handle på. Mye

av den avanserte medisinen er komplisert, men ikke kompleks: En kirurgisk prosedyre, en laboratorieanalyse eller innføring av et nytt journalsystem kan være krevende, men det finnes ofte faglige standarder, beste praksis og relativt klare sammenhenger mellom tiltak og resultat.

I det komplekse domenet er det annerledes. Her kjenner vi ikke løsningen på forhånd, og sammenhengen mellom årsak og virkning blir først tydelig i etterkant. For eksempel kan vi ikke bare analysere oss fram til hvordan vi skaper et mer sammenhengende pasientforløp for eldre med flere sykdommer på tvers av sykehus, fastlege, kommune og hjem. Det handler ikke om én prosedyre eller én organisasjon. Det handler om relasjoner, ansvar, kultur, økonomi, teknologi, faglige vurderinger og pasientens egen livssituasjon. Små endringer ett sted kan få store og uventede konsekvenser et annet sted.

Praksiseksempel

Tenk på en eldre pasient som legges inn med forverret hjertesvikt, men som også har diabetes, begynnende kognitiv svikt og en ektefelle som selv er syk. Sykehuset kan stabilisere pasienten medisinsk. Men om behandlingen faktisk skaper verdi, avgjøres først når kommunen vet hva som skal følges opp, fastlegen har nødvendig informasjon, pårørende forstår faresignalene, og pasienten opplever trygghet hjemme. Det er i overgangen mellom aktørene at helheten enten lykkes eller svikter.

Det samme gjelder bemanningsutfordringen. Det er komplisert å lage gode turnuser, beregne kapasitetsbehov og effektivisere arbeidsprosesser. Men det er komplekst å finne ut hvordan helsevesenet samlet sett skal bruke knapp kompetanse bedre, når sykehus, kommuner og andre aktører konkurrerer om de samme medarbeiderne. Hvis én aktør løser sitt problem ved å rekruttere medarbeidere fra en annen aktør, har systemet som helhet ikke lært eller utviklet seg. Problemet har bare skiftet adresse.

Cynefin hjelper oss derfor til å se hvorfor styring alene ikke er nok. I kompliserte situasjoner kan vi ofte analysere, planlegge og implementere. I komplekse situasjoner må vi i større grad prøve ut, lære, justere og aktivere aktører rundt en felles retning. Det betyr ikke at styring blir uviktig. Helsevesenet trenger fortsatt tydelige mål, ansvar, prioriteringer og god drift. Men når utfordringene er komplekse, må styring suppleres med mobilisering: Å skape felles forståelse, eierskap, læring og bevegelse på tvers av organisasjoner og nivåer.

Dimensjon	Styring og implementering	Mobilisering av transformasjon
Type utfordring	Egner seg godt til kompliserte problemer der løsningen i stor grad er kjent	Trengs ved komplekse utfordringer der løsningen må utvikles underveis
Ledelseslogikk	Planlegge, beslutte, gjennomføre og følge opp	Skape retning, mening, energi og felles bevegelse
Syn på løsningen	Løsningen kan beskrives på forhånd og rulles ut	Løsningen må prøves ut, læres fram og tilpasses lokalt
Rolle for medarbeidere og aktører	Skal forstå, etterleve og implementere beslutninger	Skal involveres, medskape og ta eierskap til utviklingen
Organisering	Hierarkisk, linjebasert og ofte innenfor én organisasjon	Tverrgående, relasjonell og på tvers av et økosystem
Læring	Skjer ofte etterpå, som evaluering av om tiltaket virket	Skjer løpende, som en integrert del av transformasjonen
Risiko	Avvik bør reduseres, og variasjon bør begrenses	Variasjon, eksperimenter og lokale erfaringer brukes som kilde til læring

Poenget er ikke at mobilisering av transformasjon kan erstatte all klassisk implementering. Det vil fortsatt være mange situasjoner i helsevesenet der klassisk styring, standardisering og implementering er helt nødvendig. Pasientsikkerhet, beredskap, regelverk, tekniske systemer og kliniske prosedyrer krever presisjon, ansvar og kontroll. Men når helsevesenet står overfor systemiske utfordringer, der ingen aktør har hele løsningen alene, blir implementering utilstrekkelig som hovedlogikk.

Det er nettopp dette som gjør transformasjon krevende. Den kan ikke reduseres til en plan som rulles ut. Den må utvikles underveis, i møte med praksis, og i samspill mellom mange aktører som alle sitter med hver sin del av løsningen. Derfor må fremtidens helsevesen ikke bare styres bedre. Det må **mobiliseres** bedre.

Vi har behov for en felles fortelling om hvorfor

Hvis fremtidens helsevesen skal mobiliseres, må vi starte med **en felles fortelling om hvorfor transformasjonen er nødvendig**. Ikke bare en strategi, en reform eller et sett med mål, men en fortelling som gjør retningen meningsfull for mange ulike aktører

samtidig: Politikere, myndigheter, ledere, fagmiljøer, medarbeidere, pasienter og samarbeidspartnere. Uten en slik felles forståelse blir transformasjon lett noe som «kommer ovenfra» og skal implementeres. Med en felles fortelling kan den i stedet bli noe flere opplever at de selv er en del av.

Mobilisering som ledelsesdisiplin handler nettopp om dette: Å omsette en strategisk retning til felles bevegelse. Det er ikke det samme som å informere mer, lage flere planer eller følge tettere opp. Mobilisering handler om å skape **mening, energi** og **eierskap**, slik at mennesker og organisasjoner ikke bare gjør det de får beskjed om, men aktivt bidrar til å utvikle det nye. I komplekse transformasjoner er det særlig viktig med en mobiliserende og meningsskapende tilnærming, fordi ingen kjenner hele løsningen på forhånd. I stedet skaper vi mening etter hvert som vi blir klokere og handler oss gjennom kompleksiteten. Da må ledelse handle mindre om å rulle ut ferdige svar, og mer om å samle aktører rundt en retning de kan lære, prøve ut og handle innenfor.

Et eksempel er arbeidet med mer sammenhengende pasientforløp. Hvis fortellingen bare er at sykehuset skal redusere liggetid eller at kommunen skal ta imot pasienter raskere, blir det fort en kamp om ansvar og ressurser. Hvis den felles fortellingen derimot er at pasienten skal oppleve trygghet og sammenheng i hele forløpet, blir det lettere å mobilisere sykehus, kommune, fastlege og pårørende rundt samme oppgave. Da handler det ikke bare om hvem som skal gjøre mer eller mindre, men om hvordan man sammen skaper bedre verdi for pasienten.

Et annet eksempel er bemanningsutfordringen. Hvis hvert sykehus og hver kommune forteller historien som sin egen rekrutteringskrise, vil aktørene alle naturlig forsøke å sikre sin egen bemanning seg selv. Men hvis den felles fortellingen er at Norge samlet sett må bruke helsepersonellens kompetanse klokere, åpner det for andre samtaler: Hvilke oppgaver må gjøres av hvem? Hvor kan teknologi støtte fagfolkene bedre? Hvordan kan vi skape arbeidsplasser som gjør at flere blir værende? Og hvordan unngår vi å løse ett lokalt problem ved å flytte det til naboen?

En god mobiliserende fortelling forenkler ikke bort kompleksiteten bort. Den gjør det mulig å handle i den. Den gir en retning som er tydelig nok til å samle, men åpen nok til

at ulike fagmiljøer og organisasjoner kan oversette den til sin praksis. Derfor er fortellingen om *hvorfor ikke* en kommunikasjon som foregår mot på slutten av strategiarbeidet. Den er selve starten på mobiliseringen.

Helsevesenet lykkes ikke alene

Hvis fremtidens helsevesen skal lykkes, må vi slutte å se den enkelte organisasjonen som den naturlige enheten for løsningene. Mange av de viktigste helseutfordringene oppstår ikke inne i én organisasjon, men i samspillet mellom flere: Sykehus, kommuner, fastleger, pasienter, pårørende, frivillige organisasjoner, politikere, fagmyndigheter, teknologimiljøer og lokalsamfunn. Det betyr at verdien for pasienten ikke bare skapes ved én «skranke», i én konsultasjon eller i én behandlingslinje. **Den skapes i et økosystem.**

Et økosystem er ikke en ny organisasjon eller et nytt nivå i styringssystemet. Det er en måte å se helheten på. Det består av ulike aktører som er gjensidig avhengige av hverandre, og som hver for seg bare har en del av løsningen. Når en eldre pasient skal leve trygt hjemme med flere kroniske sykdommer, er det ikke nok at sykehuset leverer god behandling. Kommunen må kunne følge opp, fastlegen må ha oversikt, pårørende må være trygge, digitale løsninger må fungere, og pasienten selv må oppleve sammenheng. Hvis én av disse delene svikter, svekkes helheten.

Tenk for eksempel på en eldre pasient som skrives ut fra sykehuset etter en akutt innleggelse. Sykehuset kan ha gitt medisinsk behandling av høy kvalitet, men pasientens reelle trygghet avgjøres først når flere aktører virker sammen: Kommunen må være klar til å ta imot, fastlegen må forstå hva som er endret, pårørende må vite hva de skal følge med på, hjemmetjenesten må ha riktig informasjon, og pasienten må selv oppleve at overgangene henger sammen. Hvis utskrivningen bare forstås som sykehusets avslutning på et behandlingsforløp, blir oppgaven for smal. Hvis den forstås som en felles overgang i et økosystem, blir spørsmålet et annet: Hvordan sikrer vi at alle aktørene rundt pasienten er mobilisert samtidig?

Det samme ser vi i forebygging. Alle er enige om at forebygging er viktig, men ansvaret passer sjelden rent inn i én enkeltorganisasjon. Sykehuset møter ofte pasienten når sykdommen allerede har utviklet seg. Kommunen har tilbud, men kommer kanskje for sent inn. Fastlegen ser risikobildet, men har begrenset tid og virkemidler. Frivillige organisasjoner og lokalsamfunn kan bidra med aktivitet, fellesskap og mestring, men er ofte løst koblet til det offentlige helsevesenet. Alle gjør noe, men ingen eier hele oppgaven. Derfor faller forebygging lett mellom flere stoler – selv om det er nettopp her mye av fremtidens helse skapes.

Det er her mobilisering igjen blir avgjørende. Mobilisering handler ikke bare om å få egen organisasjon med på en strategi. Det handler også om å ha blikk for det samlede aktørlandskapet – de aktørene som faktisk må få hverdagen til å henge sammen: Hvem må være med for at vi faktisk skal lykkes? Hvem har ressurser, kunnskap, legitimitet eller relasjoner som er avgjørende? Og hvem må mobiliseres sammen, fordi løsningen bare kan oppstå i samspillet mellom dem? I et økosystem er aktørene ikke bare interessenter som skal informeres eller håndteres. De er medskapere av fremtidens løsninger.

Økosystemtenkning endrer derfor spørsmålet vi stiller. Det handler ikke bare om: Hva skal vår organisasjon levere? Det handler også om: Hvem må lykkes sammen for at pasienten og samfunnet skal få verdi? I et slikt perspektiv blir sykehuset ikke mindre viktig, men rollen endres. Sykehuset er ikke bare en leverandør av spesialisert behandling. Det er også en aktør som må bidra til å samle, koble og utvikle et større system rundt pasientens behov.

Dette stiller nye krav til ledelse. Ledere må fortsatt sikre drift, kvalitet, pasientsikkerhet og tydelig ansvar i egen organisasjon. Men de må også kunne lede ut i økosystemet: Bygge relasjoner, skape tillit, forstå andre aktørers rammer og bidra til felles retning. Mobiliseringsledelse handler derfor om å skape bevegelse på tvers av aktørlandskapet – ikke ved å styre alt fra ett sted, men ved å gjøre det mulig for mange aktører å se sin rolle i en felles oppgave.

Derfor blir fremtidens helsevesen ikke skapt av ett sykehus, én kommune, én region eller én myndighet alene. Det blir skapt i evnen til å samle krefter på tvers. Når utfordringene

er systemiske, må løsningene også være det. Og når verdien oppstår i samspillet mellom mange, må ledelse i helsevesenet i større grad handle om å mobilisere hele økosystemet – ikke bare forbedre egen organisasjon.

Helsefellesskapet kan bli en nøkkel til mer samarbeid

Hvis helsevesenet i større grad skal lykkes som et samlet økosystem, trenger vi arenaer der aktørene faktisk kan møtes om de felles utfordringene. **Her kan helsefellesskapene få en viktig rolle.** De er allerede etablert som strukturer for samarbeid mellom sykehus og kommuner der også brukere ansatte og fastlegene er representert, og de bygger nettopp på erkjennelsen av at mange av de viktigste oppgavene ikke kan løses av spesialisthelsetjenesten eller kommunene alene.

Potensialet ligger likevel ikke bare i at helsefellesskapene finnes. Det avgjørende er hvordan de brukes. Hvis de først og fremst blir møtearenaer for orientering, rapportering og avklaring av enkeltsaker, vil de neppe utløse den kraften som trengs for å lykkes. Men hvis de brukes aktivt til felles prioritering, felles læring og felles utvikling av nye løsninger, kan de bli en viktig motor i transformasjonen av helsevesenet.

Et eksempel er pasienter med sammensatte behov, som ofte beveger seg mellom sykehus, fastlege, kommunale tjenester og hjemmet. Her kan helsefellesskapet være stedet hvor aktørene sammen spør: Hva er det som ikke fungerer i overgangen? Hvor mister pasienten trygghet? Hvilke oppgaver bør løses annerledes? Og hva må vi lære på tvers for å få det til? Da blir samarbeidet mer enn koordinering mellom eksisterende tjenester. Det blir en felles utviklingsarena for nye måter å skape verdi på.

Det samme gjelder personellutfordringen. Hvis hvert nivå bare kjemper for egne bemanningsbehov, risikerer vi å flytte knapp kompetanse rundt i systemet. Helsefellesskapene kan i stedet brukes til å løfte blikket: Hvordan bruker vi samlet kompetanse best mulig i et geografisk område? Hvilke oppgaver kan løses nærmere pasienten? Hvor kan teknologi, nye roller eller andre samarbeidsformer frigjøre kapasitet? Og hvordan kan vi unngå at én aktørs løsning blir en annen aktørs problem?

På den måten kan helsefellesskapene bli et konkret uttrykk for mobilisering i praksis. De kan samle aktørlandskapet, skape felles forståelse av utfordringene og bygge eierskap til løsninger som ingen kan lykkes med alene. Dette er særlig viktig i en kommunal kontekst med tett politisk styring. Men det krever at de ikke bare behandles som strukturer for koordinering og forhandling av samhandling, men som strategiske arenaer for transformasjon. Fremtidens helsevesen trenger nettopp slike steder: Arenaer hvor systemet kan lære, prioritere og handle sammen.

Transformasjonen avgjøres tett på praksis

Skal helsevesenet lykkes med transformasjon, er det ikke nok at toppledere blir enige om retning. Det er heller ikke nok at sykehus og kommuner møtes i helsefellesskapene og formulerer gode felles ambisjoner. Alt dette er nødvendig, men transformasjonen avgjøres først når retningen omsettes til ny praksis i hverdagen. Det skjer ikke primært i styrerommet. Det skjer i møtet mellom ledere, fagmiljøer, medarbeidere og pasienter – tett på driften.

Derfor blir nivå 3- og 4-ledelse avgjørende, det vi i sykehusene gjerne kaller for avdelingsledere og seksjonsledere. Det er her strategier oversettes til klinisk hverdag. Det er her prioriteringer blir konkrete. Det er her nye samarbeidsformer enten får liv – eller forsvinner i presset fra vaktplaner, kapasitetsutfordringer, ventelister og daglige driftskrav. En strategi om mer sammenhengende pasientforløp blir først virkelig når avdelingsledere, seksjonsledere, enhetsledere og faglige nøkkelpersoner finner ut hva den betyr for utskrivningspraksis, dialogen med kommunen, samhandlingen med andre interne avdelinger, oppgavefordelingen i teamet og måten man følger opp pasienter på.

Det er også på disse nivåene at dilemmaene blir tydeligst. Toppledelsen kan si at vi må samarbeide mer på tvers. Men det er lederne tett på praksis som må håndtere hva det betyr når sengeposten er full, når kommunen mangler kapasitet, når fagfolk er uenige, eller når en ny løsning tar tid før den gir gevinst. Det er her transformasjonens store ord møter virkelighetens små friksjoner.

Likevel får disse ledelsesnivåene ofte for lite oppmerksomhet. De blir informert om strategien, får presentasjoner, lederpakker og mål, men blir ikke alltid mobilisert som medskapere av transformasjonen. Da risikerer vi at strategien stopper halvveis: Den er forstått i toppen, men ikke eid i hverdagen. Den er formulert som en felles retning, men ikke oversatt til de situasjonene der pasientforløp, faglige beslutninger og ressursbruk faktisk formes.

Hvis fremtidens helsevesen skal skapes i fellesskap, må mobiliseringen derfor helt ut i praksis. Nivå 3- og 4-ledere må involveres tidligere, ikke bare orienteres senere. De må få rom til å oversette, teste, justere og lære sammen med medarbeidere og samarbeidspartnere. Og de må anerkjennes som en av de viktigste gruppene i transformasjonen. Ikke som rene implementører av andres beslutninger, men som de lederne som gjør det mulig å skape ny praksis i det daglige arbeidet. Det er i toppen retningen kan settes og energien overføres. Men det er nær praksis at helsevesenet faktisk forandres.

Dette har derfor også implikasjoner for hvordan vi tenker lederutvikling i helsevesenet. Utvikling må handle mindre om å forstå strategien som et statisk dokument, og mer om å trene på oversettelsen til klinisk praksis. Ledere må utvikle kapasitet til å stå i dilemmaer, lede på tvers og lære av det som ikke virker. Også styringsdialogen må endres. Sentrale spørsmål kan ikke bare være: Har vi levert på planen? Det må også være: Hva har dere lært? Hvilke hindringer møter dere i praksis? Hvilke aktører må kobles tettere på? Hva må prioriteres ned for at det nye faktisk skal få plass? Hvordan kan vi få til helhetlig prioritering på tvers av systemet?

Universitetssykehusene må gå foran i ledelsen av systemet

Transformasjon er ikke enkelt. Det er krevende å endre et helsevesen som samtidig skal levere høy kvalitet hver eneste dag. Det er krevende å utvikle nye samarbeidsformer mens driften er presset. Og det er krevende å bevege seg mot noe nytt når ingen kjenner alle løsningene på forhånd. Nettopp derfor kan ikke transformasjon være noe vi forventer

at «systemet» løser av seg selv. Alle aktører må bidra. Men **de største faglige miljøene har et særlig ansvar for å gå foran.**

Universitetssykehusene står i en spesiell posisjon. De har sterke fagmiljøer, forskningskraft, utdanningsansvar, innovasjonsmiljøer og stor legitimitet i helsevesenet. De behandler de mest komplekse pasientene, utdanner fremtidens helsepersonell og setter ofte standarder for faglig utvikling. Det betyr ikke at universitetssykehusene skal eie løsningene eller styre de andre aktørene. Men det betyr at de har en særlig forpliktelse til å bruke sin faglige tyngde, innsikt og legitimitet til å samle aktører, dele kunnskap og vise hvordan transformasjon kan se ut i praksis: Hvordan nye samarbeidsformer kan utvikles, hvordan kunnskap kan deles, og hvordan spesialisert kompetanse kan brukes til å styrke hele økosystemet - ikke bare egen organisasjon.

Ved Oslo Universitetssykehus arbeides det nettopp med dette: Å mobilisere egen organisasjon, men også sentrale partnere i økosystemet, rundt behovet for transformasjon. Det handler ikke bare om å lage nye strategier eller etablere nye prosjekter. Det handler om å utvikle en felles forståelse av hva mobilisering faktisk innebærer som ledelsesoppgave. I dette arbeidet peker særlig fem dimensjoner seg ut:

Mobiliserings-dimensjon	Hva det handler om
Retning	Å skape en tydelig og meningsfull felles forståelse av hvorfor transformasjonen er nødvendig, og hvilken bevegelse helsevesenet skal inn i.
Aktørlandskap	Å se hvem som faktisk må være med for at transformasjonen skal lykkes: Sykehus, kommuner, fastleger, pasienter, pårørende, politikere, fagmyndigheter, tillitsvalgte og andre partnere.
Eierskap	Å gjøre transformasjonen til noe flere opplever som sitt eget ansvar - ikke bare noe som er bestemt av toppledelsen.
Koordinering	Å sikre at mange initiativer, aktører og nivåer trekker i samme retning, slik at energien ikke fragmenteres eller drukner i drift.
Læring	Å arbeide systematisk med utprøving, erfaringer, feil, justeringer og kunnskapsdeling, fordi løsningene må læres fram underveis.

Disse fem dimensjonene viser at mobilisering ikke er en myk tilleggsaktivitet ved siden av strategien. Det er en kjerneoppgave i transformasjonen. Retning uten eierskap skaper lite

bevegelse. Eierskap uten koordinering kan gi mange gode, men spredte initiativer. Koordinering uten læring kan gjøre systemet rigid. Og læring uten et tydelig aktørlandskap risikerer å bli intern utvikling i stedet for systemisk transformasjon.

Derfor må alle sykehus i Norge ikke bare spørre hvordan de selv kan bli mer effektive eller mer innovative. De må også spørre hvordan de kan bidra til å mobilisere hele helseøkosystemet. Hvordan kan de bruke sin faglige tyngde til å skape mer læring på tvers? Hvordan kan de gjøre kommuner, fastleger og pasienter til reelle medskapere? Hvordan kan de utvikle løsninger som ikke bare fungerer på sykehuset, men som styrker hele pasientforløpet?

Hvis fremtidens helsevesen skal bli mer sammenhengende, lærende og bærekraftig, må noen gå foran og vise vei. Det ansvaret hviler særlig tungt på de store faglige miljøene. Ikke fordi de kan løse transformasjonen alene, men fordi de har kraften, kunnskapen og posisjonen til å mobilisere mange andre med seg.

Vi skal lære oss fram sammen

Fremtidens helsevesen skapes ikke ett sted. Det skapes gjennom **systematisk læring på tvers av sykehus, kommuner, regioner og nordiske helsemiljøer**. Når utfordringene er komplekse, kan ingen organisasjon sitte alene og finne svaret. Vi må prøve ut nye løsninger, dele erfaringer, forstå hva som virker hvor – og oversette kunnskap fra én kontekst til en annen.

Det betyr at læring ikke kan være noe som skjer til slutt, når et prosjekt er ferdig og erfaringene skal oppsummeres. Læring må være en del av selve transformasjonen. Når Oslo Universitetssykehus prøver ut nye måter å samarbeide med kommuner og fastleger på, eller jobber bevisst med ledermobilisering gjennom storsamling av ledere på Nivå 1-4, må erfaringene kunne deles med de andre universitetssykehusene. Når Universitetssykehuset Nord-Norge finner gode løsninger på samhandling over store avstander, digital oppfølging eller desentraliserte tjenester, kan OUS lære av det. Og

omvendt. Vi trenger ikke fire parallelle regionale læringsreiser. Vi trenger én samlet evne til å lære på tvers.

Det samme gjelder på nordisk nivå. Norge kan lære av Danmark, Sverige, Finland og Island - og de kan lære av oss. Danmark arbeider med sin egen **Sundhedsreform** med nye sundhedstilbud tett på innbyggeren og nye samarbeidsformer mellom regioner, kommuner og fastleger i form av et formelt Sundhedsråd med både makt til å endre samspillet på tvers av aktørene og en betydelig omstillingsøkonomi. Norge har andre geografiske vilkår, andre strukturer og andre erfaringer med helsefelleskap, regionale helseforetak og store universitetssykehus. Nettopp derfor er læringen verdifull. Vi skal ikke kopiere hverandre. Vi skal oversette erfaringer, stille bedre spørsmål og bruke andres forsøk til å bli klokere på våre egne.

NUHA - Nordic University Hospital Alliance - er et konkret eksempel på hvordan nordiske universitetssykehus kan lære og utvikle løsninger sammen på tvers av landegrensener. Alliansen består av Oslo Universitetssykehus, Rigshospitalet (København), Karolinska Universitetssjukehus (Stockholm), Landspítali (Reykjavik) og Helsingfors universitetssykehus. Alliansen arbeider blant annet systematisk med *benchmarking*, *future health*, *rare diseases* og *platform trials*. Poenget er ikke å kopiere løsninger én til én, men å dele erfaringer, data, faglig utvikling og nye modeller for fremtidens helsevesen. Slik kan NUHA bli en viktig arena for å mobilisere nordisk kunnskap om de utfordringene ingen av sykehusene kan løse alene, og være til nytte for de andre universitetssykehusene i Norden, øvrige sykehus og den samlede helsetjenesten.

Å bringe kunnskap rundt blir derfor en strategisk oppgave. Det handler ikke bare om rapporter, konferanser og presentasjoner, men om å skape levende læringsarenaer der fagmiljøer, ledere og samarbeidspartnere kan undersøke erfaringer sammen: Hva prøvde vi? Hva skjedde? Hvorfor virket det her? Hva må endres hvis det skal virke et annet sted? Og hvilke nye spørsmål åpner erfaringene for?

Det er godt kjent at vi står overfor store utfordringer i vår komplekse helsetjeneste så oppfordringen er enkel: Vi må begynne nå. Ikke med å løse alt på én gang, men med å løfte mer systematisk sammen. Vi må dele det som virker. Være ærlige om det som ikke

virker. Mobilisere aktørene rundt felles utfordringer. Skape arenaer der erfaringer fra praksis kan bli til ny retning. Og bruke de store fagmiljøene, helsefelleskapene, regionene og de nordiske nettverkene til å få kunnskapen til å bevege seg raskere.

Fremtidens helsevesen kommer ikke ferdig ut av en utredning. Det må læres fram, prøves fram og mobiliseres fram - av oss som allerede står i oppgaven.

Referanseliste

Grant, A. (2021) *Think Again: The Power of Knowing What You Don't Know*. New York: Viking.

Helse- og omsorgsdepartementet (2026) Utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste - Helsereformutvalget. Tilgjengelig på: [regjeringen.no](https://www.regjeringen.no).

Nordic University Hospital Alliance (2026) Nordic University Hospital Alliance. Tilgjengelig på: www.nuhalliance.eu.

O'Reilly, C.A. and Tushman, M.L. (2004) 'The Ambidextrous Organization', *Harvard Business Review*, 82(4), pp. 74-81.

Snowden, D.J. and Boone, M.E. (2007) 'A leader's framework for decision making', *Harvard Business Review*, 85(11), pp. 68-76.

Teece, D.J. (2007) 'Explicating dynamic capabilities: The nature and microfoundations of sustainable enterprise performance', *Strategic Management Journal*, 28(13), pp. 1319-1350.

Weick, K.E. (1995) *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Forfatterne bag

Anders Mohn Frafjord

Viseadministrerende direktør ved Oslo Universitetssykehus og styreleder ved Universitetssykehuset i Nord-Norge

Anders har bred og solid erfaring fra norsk sykehusledelse på høyeste nivå. Han er i dag viseadministrerende direktør ved Oslo universitetssykehus og styreleder ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Han er også valgt medlem av Governing Council i International Hospital Federation (IHF), hvor han bidrar til å styrke en av verdens ledende organisasjoner innen sykehusutvikling. Fra 2013 til 2023 var Anders administrerende direktør ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo, hvor han gjennom ti år ledet sykehuset med strategisk og operativt ansvar. Han har dessuten ledet Norges sykehus- og helsetjenesteforening som styreleder i fire år.



Pål Rune Voss

Spesialrådgiver og programleder for topplederprogrammet i Helse Sør-Øst

Pål har bred og solid erfaring innen lederutvikling og organisasjonsutvikling i både offentlig og privat sektor. Han er i dag spesialrådgiver og programleder for topplederutvikling i Helse Sør-Øst RHF, hvor han har ansvar for utvikling og gjennomføring av regionale satsinger innen ledelse og lederutvikling på tvers av regionens helseforetak. Fra 2020 til 2022 var Pål seniorkonsulent i AFF, og han har tidligere ledet Sopra Sterias satsing på lederutvikling i Skandinavia som Head of Leadership Development Scandinavia. Med over 25 års erfaring er han særlig opptatt av hvordan ledere og ledergrupper kan skape retning, gjennomføringskraft og resultater i komplekse omgivelser.



Kristian Mikkelsen Wegener

Seniorkonsulent i Mobilize Strategy Consulting

Kristian er en erfaren prosjektleder og seniorkonsulent i Mobilize, hvor han gjennom mer enn 10 år har arbeidet med strategisk utvikling i fagprofesjonelle organisasjoner i Danmark og Norge. Han er særlig opptatt av hvordan organisasjoner utvikler og realiserer strategi og strategiske transformasjoner. Kristians arbeid kretser spesielt om strategisk forskningsledelse, strategiutvikling og porteføljeledelse. Denne interessen dannet også bakgrunn for hans ph.d.-prosjekt, som han startet i 2021 i et samarbeid mellom Mobilize og Oslo Metropolitan University, og som ble forsvart og avsluttet i 2025.



Søren Barlebo Rasmussen

Partner i Mobilize Strategy Consulting

Søren Barlebo Rasmussen er ekspert i strategisk ledelse av faglige organisasjoner. Han har vært forsker på dette området ved Copenhagen Business School, hvor han også har vært instituttleder og dekan. De siste 20 årene har han arbeidet som konsulent og bistått en rekke sykehus og universiteter i Danmark og Norge med strategisk utvikling - blant annet i samspillet mellom disse to organisasjonstypene. Han har også arbeidet mye med samspillet mellom forskning og innovasjon.

