



Fra implementering til mobilisering - hvorfor transformative reformer kræver en ny styringslogik

Af Dorte Bukdahl, partner og områdeleder i Mobilize Strategy Consulting og Søren Barlebo Rasmussen, partner samme sted

Vi står i en tid med omfattende reformer og strategiske ambitioner i den offentlige sektor. Sundhedsreformen og ældrereformen er blandt de mest markante, men de indgår i en bredere bevægelse, hvor kommuner, regioner og statslige aktører arbejder med at gentænke organisering, samarbejde og den offentlige værdiskabelse. Mange nyvalgte politikere og ledelser har med rette fokus på retning, prioritering og gennemførelse af de politiske beslutninger. Spørgsmålet om implementering fylder derfor naturligt meget.

For der er altid et stykke vej fra lovgivning og strategidokumenter til konkret praksis. Beslutninger skal omsættes, strukturer skal etableres, og nye arbejdsformer skal finde fodfæste i en travl hverdag. I den sammenhæng giver det mening at tale om implementering: Hvordan sikrer vi, at det besluttede faktisk bliver gennemført?

Fælles for en række af de aktuelle reformer – ikke mindst på sundheds- og ældreområdet – er, at de ikke blot indebærer nye regler eller organisatoriske justeringer. De er i deres karakter transformative. De forudsætter nye samarbejdsrelationer på tværs af sektorer, ændrede roller og ansvar i frontlinjen, øget inddragelse af borgere og civilsamfund samt en højere grad af digital integration. De kalder på kulturforandringer, fælles læring og lokal tilpasning – ikke alene på efterlevelse af centralt fastlagte procedurer.

Når reformer er transformative, opstår der nemt en spænding mellem reformens karakter og den styringslogik, vi anvender i arbejdet med at gennemføre dem. Implementering som begreb og praksis er historisk udviklet til at sikre gennemførelse af beslutninger i relativt stabile og forudsigelige sammenhænge. Transformation derimod udfolder sig i komplekse systemer, hvor løsninger må formes i samspil mellem politisk retning og lokal dømmekraft.

I denne artikel argumenterer vi for, at transformative reformer med fordel kan forstås og ledes som mobiliseringsopgaver snarere end som implementeringsopgaver. Mobilisering er ikke et blødere eller mindre forpligtende alternativ til implementering. Det er en anden styringslogik, der tager afsæt i, at retning kan sættes centralt, men at reel

forandring skabes gennem meningsskabelse, involvering, lokal oversættelse og fælles læring.

Med afsæt i sundheds- og ældrereformen udfolder vi forskellen mellem implementering og mobilisering både analytisk og konkret. Vi viser, hvorfor forskellen er afgørende i praksis, og hvad det betyder for ledelse i kommuner, regioner og tværgående samarbejdsfora. Vores ambition er ikke at afvise implementering som disciplin, men at kvalificere den ledelsesopgave, der opstår, når målet ikke blot er gennemførelse – men transformation.

Transformation som reformtype

Ikke alle reformer er transformative. Mange reformer handler om at justere regler, flytte opgaver eller præcisere ansvar inden for en eksisterende organisatorisk og professionel logik. De kan være omfattende og krævende, men de forudsætter ikke nødvendigvis, at organisationer grundlæggende gentænker deres måde at skabe værdi på. De indebærer forandring – men ikke nødvendigvis transformation.

Forskellen er væsentlig. Forandring foregår typisk inden for de eksisterende grundantagelser om formål, roller og samarbejde. Man optimerer, effektiviserer eller tilpasser sig nye krav, men uden at udfordre den grundlæggende logik, som organisationen er bygget op omkring. Transformation derimod indebærer et brud med netop disse grundantagelser. Det er ikke blot en ny løsning inden for den eksisterende ramme, men en bevægelse mod en ny ramme. Hvor forandring svarer til at vælge en ny rute på det samme kort, svarer transformation til at skifte kort.

Når vi taler om sundheds- og ældrereformen i dag, er der meget, der tyder på, at vi befinder os i et transformationsfelt snarere end et traditionelt forandringsfelt. Reformerne udspringer ikke alene af et ønske om at justere strukturer eller effektivisere processer. De udspringer af ændrede demografiske vilkår, nye teknologiske muligheder, pres på

arbejdsmarkedet og stigende forventninger fra borgere og pårørende. De kalder på nye måder at organisere, samarbejde og skabe værdi på - ikke blot på bedre gennemførelse af det eksisterende.

Lad os se på nogle af de væsentligste træk ved transformationer (Suarez og Oliva, 2005).

Transformative reformer kendetegnes typisk ved, at de *ændrer relationer mellem aktører*. I sundhedsreformen betyder det, at relationerne mellem regioner, kommuner, almen praksis og civilsamfund skal udvikles fra parallelle logikker til tættere, mere integrerede samarbejdsformer. Det handler ikke kun om nye mødefora eller koordineringsstrukturer, men om en ændret forståelse af fælles ansvar for borgerens samlede forløb. På ældreområdet indebærer reformen tilsvarende, at relationen mellem kommune, medarbejdere, borgere og pårørende må gentænkes, så værdighed, livskvalitet og selvbestemmelse bliver reelle pejlemærker - ikke blot principper i et styringsdokument.

Transformative reformer *ændrer også professionsroller og ansvar*. Når sundhedsvæsenet skal arbejde mere tværsektorielt og digitalt integreret, påvirker det den enkelte læges, sygeplejerskes og terapeuts rolle. Beslutninger træffes i højere grad i fællesskab og med adgang til fælles data. I ældreplejen indebærer et opgør med minutstyring og øget selvbestemmelse, at medarbejdere må agere med større fagligt skøn og ansvar i mødet med borgeren. Professionel identitet og dømmekraft bliver dermed en del af reformens kerne - ikke en sideeffekt.

Derudover kræver transformative reformer *kulturforandring i hverdagspraksis*. Kultur forandres ikke gennem cirkulærer eller implementeringsplaner, men gennem gentagen praksis, fælles fortolkning og læring (Mankins og Litre, 2024). Hvis en reform forudsætter, at medarbejdere tænker mere helhedsorienteret, samarbejder på nye måder eller prioriterer anderledes i mødet med borgeren, så er der tale om en bevægelse i normer og vaner - ikke blot i struktur. Det er netop her, transformation adskiller sig fra teknisk forandring.

Transformative reformer forudsætter samtidig *eksperimenter, læring og justering undervejs*. Den fremtidige praksis kan ikke defineres fuldt ud på forhånd, fordi den udvikles i mødet mellem retning og virkelighed. Når sundhedsreformen lægger op til nye samarbejdsformer og digitale infrastrukturer, vil det først i praksis vise sig, hvordan de bedst organiseres og anvendes. Når ældreformen understreger værdighed og selvbestemmelse, må konkrete arbejdsformer udvikles og afprøves lokalt. Den gode løsning vil her nogle gange være forskellig fra sted til sted – fordi organisationerne, kompetencerne, ressourcerne og borgerne er forskellige. Transformation er således kendetegnet ved, at vejen skabes, mens man går og ved, at der kan være mange forskellige gode løsninger på en given udfordring.

Endvidere skaber eller forudsætter transformative reformer *nye økosystemer*. Værdiskabelsen sker ikke længere inden for én organisatorisk enhed, men i samspil mellem flere aktører med forskellige logikker og incitamenter. Sundhedsvæsenets bevægelse mod mere sammenhængende forløb kræver koordination på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Og koordinationen skal både ske på strategisk niveau - bl.a. i sundhedsrådene - og på operativt niveau hos fagprofessionelle på tværs. Ældreområdet kræver fremover et tættere samspil mellem kommune, frivillige organisationer, pårørende og private aktører. På ældreområdet skal samspillet i økosystemet også hjælpe med at finde løsninger på den akutte mangel på arbejdskraft, som området oplever. Her bliver endnu flere aktører relevante samarbejdspartnere – jobcentre, SOSU-skoler, udlændingemyndigheder mv. Transformationen er dermed systemisk, ikke kun organisatorisk.

Endelig kræver transformative reformer i stigende grad *digital modenhed og nye digitale samarbejdsformer*. Digitale infrastrukturer, fælles data og nye teknologiske velfærdsløsninger er ikke blot støtteværktøjer, men en integreret del af den nye værdiskabelse. Men teknologi ændrer ikke i sig selv praksis. Den skaber først transformation, når organisationerne ændrer sine arbejdsgange, roller og prioriteringer i

samspil med teknologien. Ofte kræver dette en stor investering i kompetencer hos ledere og medarbejdere, der skal evne at integrere teknologien i deres hverdag.

Det er netop disse karakteristika, vi ser i både sundheds- og ældrereformen. De ændrer på relationer, roller og samarbejdsformer. De kræver kulturforandring, læring og eksperimenter. De udfolder sig i komplekse økosystemer og forudsætter digital integration. Det betyder, at reformerne ikke blot handler om at gøre det eksisterende lidt bedre – men om at udvikle noget, som endnu ikke er fuldt kendt.

Hvorfor implementering ikke slår til

Her opstår udfordringen for den traditionelle implementeringslogik. Implementering er udviklet til situationer, hvor målet kan defineres relativt klart, og hvor der er en nogenlunde stabil sammenhæng mellem beslutning og effekt. Man formulerer et mål, designer en løsning, udarbejder en plan og ruller den ud. Hvis der er variation mellem forskellige enheder, der har implementeret den samme løsning, så forstås det primært som en afvigelse, der skal reduceres. Succes måles som grad af målopfyldelse og grad af efterlevelse af beslutning og metode (fidelitet).

Denne logik fungerer, når opgaven er at sikre ensartet gennemførelse af kendte løsninger. Men når opgaven er at udvikle nye samarbejdsformer, ændre professionsroller og skabe kulturforandring i komplekse systemer, bliver den for snæver. I komplekse sammenhænge kan man ikke forudsige effekter lineært (Storkholm et al., 2019; Mazzocato et al., 2014). Man kan sætte retning og etablere rammer, men de konkrete løsninger må udvikles i samspil mellem aktørerne. Lokale variationer er ikke nødvendigvis et problem, men et resultat af tilpasning til lokale vilkår og muligheder. Variation er således både et vilkår og en ressource. Og oversættelser af løsninger er ikke afvigelser og mangel på fidelitet, men en nødvendig del af værdiskabelsen.

Når en transformationsopgave reduceres til en implementeringsopgave, opstår der derfor en risiko for strukturel forandring uden reel praksisændring. Organisationen får nye strukturer, nye styringsmodeller og nye begreber, men den daglige interaktion med borgeren forbliver i vidt omfang uændret. Gennemførelse forveksles med bevægelse.

Et eksempel kunne være, hvis sundhedsreformen forstås som en opgave, der primært handler om at etablere nye sundhedsråd, justere styringsstrukturer og implementere fælles digitale løsninger efter en fast udrulningsplan. Man kan formelt set gennemføre alle beslutningerne, udarbejde samarbejdsaftaler og tage nye systemer i brug – og alligevel opleve, at patientforløbene fortsat er fragmenterede. Hvis klinikere og kommunale medarbejdere ikke ændrer deres samarbejdspraksis, hvis data ikke aktivt bruges i fælles beslutninger, og hvis ansvarsforståelsen ikke reelt flyttes, så forbliver reformen en strukturel omorganisering. Set udefra er reformen gennemført. Set fra borgerens perspektiv er hverdagen stort set den samme.

Implementeringslogikken hviler på en antagelse om, at målet kan defineres stabilt, at der kan etableres en nogenlunde klar årsag-virkning-sammenhæng, og at forandringen kan planlægges lineært fra beslutning til effekt. Den orienterer sig mod compliance og målopfyldelse og søger at reducere variation mellem implementering forskellige steder. Men transformative reformer udfolder sig i komplekse systemer (Snowden et al., 2007) præget af usikkerhed og gensidig afhængighed. Her kan effekter ikke forudsiges lineært, og løsninger kan ikke designes fuldt ud på forhånd. De må udvikles gennem afprøvning (det Snowden kalder *"probing"*), relationel koordinering, lokal tilpasning og løbende læring. Variation er ikke blot afvigelse, men en nødvendig tilpasning til forskellige kontekster. Viden kan ikke blot overføres; den må mobiliseres og oversættes, hvis den skal virke i praksis. Når man anvender en lineær implementeringslogik i et komplekst transformationsfelt, opstår der derfor et strukturelt misforhold mellem styringsform og opgavens karakter.

Det er i dette spændingsfelt mellem reformens transformative karakter og implementeringens lineære logik, at behovet for en anden tilgang bliver tydeligt. Hvis målet er transformation – ikke blot forandring – er det nødvendigt at arbejde med en styringslogik, der kan rumme kompleksitet, usikkerhed, relationel koordinering og lokal adaptation. Det er denne logik, vi i det følgende betegner som mobilisering.

Implementering vs. mobilisering – den analytiske forskel

For at forstå mobilisering og hvordan den adskiller sig fra implementering, må vi begynde med at rendyrke implementering som styringslogik. Implementering er ikke blot en praktisk disciplin; det er en bestemt måde at forstå forandring på. Den bygger på en grundantagelse om, at forandring kan designes centralt, beskrives relativt præcist og derefter rulles ud i organisationen eller organisationerne. Mennesker antages at reagere rationelt på incitamenter, krav og tydelig kommunikation. Variation mellem forskellige enheders implementering opfattes primært som afvigelse fra det planlagte, og oversættelse af centrale beslutninger til lokal praksis ses som en risiko for fortolkningstab. Ledelse bliver i denne logik i høj grad et spørgsmål om at styre, sikre compliance og følge op på, om det besluttede bliver gennemført.

I praksis materialiserer implementeringslogikken sig i udrulningsplaner, kommunikationspakker, handlingskataloger, KPI-opfølgning og tjeklister. Der arbejdes systematisk og disciplineret med milepæle og fremdrift. Det er en logik, der er velegnet, når målet er klart, løsningen kendt og konteksten relativt stabil. Den giver struktur, retning og ansvarlighed.

Mobilisering hviler på en anden forståelse af forandring – og dermed på andre kerneantagelser. Her er udgangspunktet, at retning kan og skal sættes centralt, men at løsninger må formes lokalt i mødet med praksis. Mennesker motiveres ikke primært af krav og kontrol, men af mening, autonomi og oplevelsen af at bidrage til noget større (Deci og Ryan, 1985). Variation er ikke blot et problem, men en nødvendig adaptation til

forskellige kontekster. Oversættelse er ikke afvigelse, men værdiskabelse – fordi det netop er i oversættelsen, at reformens intentioner får liv i hverdagen. Ledelse bliver derfor mindre et spørgsmål om kontrol og mere et spørgsmål om at orkestrere bevægelse, skabe fælles retning og understøtte meningsskabelse.

I praksis betyder mobilisering tidlig og reel involvering af dem, der skal få reformen til at virke. Det betyder etablering af fælles læringsrum på tværs af niveauer og sektorer. Det betyder eksperimenter, pilotafprøvninger og systematiske feedback loops. Det betyder aktiv vidensdeling og løbende justering frem for én samlet udrulning. Mobilisering er ikke fravær af styring, men en anden form for styring – orienteret mod engagerende bevægelse frem for blot gennemførelse. Transformationer er afhængige af at skabe energi nok til, at man kan overvinde den organisatoriske inertie (Skerritt og Parsons, 2024).

Forskellen bliver særlig tydelig, når vi ser på konkrete situationer.

I sundhedsvæsenet kan en digital løsning udvikles centralt og rulles ud med krav om ibrugtagning. Regionerne implementerer, klinikerne instrueres, og systemet tages formelt i brug. Lad os kalde det model 1. Set i et implementeringsperspektiv er opgaven løst, når systemet er installeret og anvendt i det foreskrevne omfang. Men hvis arbejdsgange ikke ændres, hvis data ikke aktivt bruges i fælles beslutninger, og hvis tværsektorielle relationer ikke udvikles, så lever systemet – men praksis forbliver grundlæggende den samme.

I et mobiliseringsperspektiv (model 2) vil klinikere i sundhedsvæsenet blive involveret tidligt i design og afprøvning af nye løsninger. Klinikere er med til at pege på, hvad det er for behov, som digitaliseringen skal løse. Der etableres pilotmiljøer, hvor arbejdsgange kan justeres, og hvor erfaringer systematisk samles op. Feedback fra praksis indarbejdes løbende, og løsningen skaleres først, når den skaber værdi i hverdagen. I den første model er det systemet, der lever. I den anden er det praksis, der ændres.

Det samme gælder på ældreområdet. En ny lov om selvbestemmelse kan implementeres ved at ændre instrukser, opdatere visitationskriterier og informere medarbejdere om de nye regler. Organisationen kan dokumentere, at loven er indarbejdet i styringsgrundlaget. Men hvis medarbejdere fortsat arbejder ud fra en kultur præget af minutstyring og risikominimering, ændres borgerens oplevelse kun i begrænset omfang.

I et mobiliseringsperspektiv vil arbejdet begynde med en fælles udforskning af, hvad værdighed, livskvalitet og selvbestemmelse konkret betyder i praksis. Ledere og medarbejdere arbejder sammen om at udvikle nye arbejdsgange, inddrager borgere og pårørende i dialog og afprøver lokale løsninger, som justeres undervejs. I den første model ændres reglerne. I den anden ændres kulturen.

Den analytiske forskel mellem implementering og mobilisering kan sammenfattes i nedenstående model:

Dimension	Implementering	Mobilisering
Reformforståelse	Reformen er en beslutning, der skal rulles ud	Reformen er en retning, der skal omsættes i praksis
Forandringslogik	Lineær: plan → udrulning → kontrol	Adaptiv: retning → involvering → eksperiment → læring
Antagelse om virkeligheden	Stabil og forudsigelig	Kompleks og kontekstafhængig
Syn på variation	Variation er afvigelse	Variation er nødvendig tilpasning
Syn på frontlinjen	Implementører	Medskabere og oversættere
Motivationsforståelse	Incitamenter og krav skaber adfærd	Mening, autonomi og fællesskab skaber engagement
Videnforståelse	Viden overføres	Viden mobiliseres og oversættes
Ledelsesrolle	Styre, sikre compliance, følge op	Sætte retning, skabe mening, orkestrere bevægelse

Dimension	Implementering	Mobilisering
Organisatorisk praksis	Kommunikationspakker, handlingsplaner, KPI-opfølgning	Dialogrum, prøvehandlinger, feedback loops, fælles læring
Risiko	Pseudo-forandring (struktur uden praksisændring)	Retningsløshed hvis retning og koordination mangler
Effekt i borgermødet	Nye regler – samme praksis	Ny praksis – ændret værdi for borgeren

Forskellen handler således ikke om tempo eller ambition, men om grundlæggende antagelser om, hvordan transformation skabes. Implementering søger at sikre gennemførelse. Mobilisering søger at skabe bevægelse, energi og engagement hos dem, der skal udvikle og indføre det nye i praksis. Og når reformer er transformative, er det bevægelsen – ikke blot gennemførelsen – der er afgørende.

Mobilisering som disciplin – hvad består den af?

Hvis mobilisering skal være mere end et inspirerende ord, må den forstås som en praktisk disciplin med bestemte komponenter. Mobilisering opstår ikke spontant, men er resultat af bevidst strategi og adfærd. Mobilisering kan både designes, ledes og kultiveres. Den består – forenklet – af tre tæt forbundne elementer: meningsskabelse, vidensmobilisering og adaptiv oversættelse.

Mobilisering begynder med meningsskabelse (Weick, 1993; Hammer og Høpner 2019). Mennesker bevæger sig ikke, fordi de får besked på det. De bevæger sig, når de forstår hvorfor. Derfor er det første spørgsmål i enhver transformationsproces ikke: Hvad skal vi gøre? men: Hvorfor er det nødvendigt at gøre det anderledes? Og hvordan hænger det sammen med vores kerneopgave?

I ældreplejen betyder det, at bevægelsen fra minutstyring til relationel omsorg ikke kan reduceres til nye retningslinjer. Den må forbindes til medarbejdernes faglige identitet og til deres oplevelse af, hvad god omsorg er. Når medarbejdere får mulighed for at drøfte, hvad værdighed konkret betyder i mødet med borgeren, og hvordan øget selvbestemmelse styrker kvaliteten af arbejdet, opstår der en anden form for engagement. Reformens principper bliver ikke blot krav udefra, men en forlængelse af det, de allerede oplever som meningsfuldt.

Det samme gælder i sundhedsvæsenet. Bevægelsen fra aktivitetslogik til sammenhængende patientforløb kan ikke alene bæres af nye styringsmodeller. Den skal kobles til klinikernes erfaringer med fragmenterede forløb, dobbeltdokumentation og manglende overblik. Når læger og sygeplejersker ser, at en fælles digital infrastruktur og tættere tværsektorielt samarbejde faktisk kan reducere fejl, skabe bedre overgange og styrke patientens oplevelse, opstår meningen. Her kan selvbestemmelsesteoriens tre elementer give et nyttigt analytisk blik: Mennesker motiveres, når de oplever autonomi, kompetence og tilhørsforhold (Deci og Ryan, 1985). Hvis reformer opleves som detailstyring, undermineres autonomien. Hvis nye løsninger ikke følges af kompetenceopbygning, undermineres oplevelsen af mestring. Og hvis transformationen ikke opleves som et fælles projekt, svækkes tilhørsforholdet. Mobilisering kræver, at alle tre dimensioner bringes i spil.

Men meningsskabelse er ikke tilstrækkelig. Mobilisering kræver også vidensmobilisering (Bukdahl 2021). Det handler både om interventionsviden – hvad ved vi om, hvad der virker? – og om organisationsviden – hvordan får vi det til at virke her? Hvad er de *”virkosomme ingredienser”*, som virkelig får ting til at ske? Forskningen i organisatorisk læring og absorptive capacity peger på, at det ikke er nok at have adgang til ny viden (Cohen og Levinthal, 1990). Organisationen skal kunne identificere, forstå, oversætte og anvende den i egen kontekst. I sundhedsreformen betyder det eksempelvis, at evidens for hjemmebehandling eller tværfaglige forløb ikke automatisk omsættes til praksis. Der

skal etableres læringsrum, hvor erfaringer deles, hvor data bruges aktivt, og hvor man sammen reflekterer over, hvordan løsningen passer ind i lokale arbejdsgange.

På ældreområdet ser vi det samme. Viden om selvstyrende teams og relationel koordinering findes allerede. Men det afgørende er, hvordan den mobiliseres i den enkelte kommune. Hvordan organiserer vi teams? Hvilke kompetencer kræver det? Hvordan håndterer vi gråzoner mellem visitation og udførelse? Her bliver læring ikke et sideprojekt, men en integreret del af transformationen. Mobilisering forudsætter, at læring bliver en kollektiv kapabilitet – ikke blot individuel opkvalificering.

Vidensmobilisering kan med fordel både ske inden for den enkelte organisation – f.eks. på tværs af enheder i en ældreforvaltning. Men vidensmobilisering kan også skabe stor værdi på tværs af organisationer – f.eks. på tværs af afdelinger på sygehuse med samme speciale og på tværs af kommunale ældreforvaltninger.

Det tredje element er adaptiv oversættelse (Heifetz et al., 2009). I en implementeringslogik opfattes lokal tilpasning ofte som modstand eller afvigelse. I en mobiliseringslogik er lokal oversættelse både nødvendigt og ønskværdigt arbejde. Frontlinjen er ikke blot modtagere af beslutninger, men meddesignere af den nye praksis. Når sundhedsreformen eksempelvis lægger op til mere hjemmebehandling, vil det se forskelligt ud i en tyndt befolket kommune og i en storbyregion. Logistik, kompetencer og samarbejdsrelationer varierer. Hvis man forsøger at presse én model ned over alle, risikerer man at kvæle den lokale dømmekraft. Hvis man derimod accepterer variation som adaptation, kan man opbygge et læringsfællesskab, hvor forskellige løsninger afprøves og erfaringer deles.

Tilsvarende på ældreområdet: Indførelsen af selvstyrende teams vil aldrig være en kopiøvelse. I nogle kommuner vil teams have stor erfaring med tværfagligt samarbejde; i andre vil det kræve en gradvis opbygning af tillid og nye roller. Adaptiv oversættelse

betyder, at man centralt holder fast i retningen – værdighed, selvbestemmelse, helhed – men lokalt giver plads til at finde de arbejdsgange, der faktisk fungerer.

Mobilisering som disciplin består således i at forbinde retning med mening, viden med praksis og fælles ambition med lokal dømmekraft. Det er ikke en løs bevægelse, men en systematisk tilgang til at skabe bevægelse i komplekse organisationer. Og netop derfor er den afgørende, når reformer ikke blot skal gennemføres – men omsættes til reel transformation i mødet med borgeren.

Mobilisering kræver en anden form for ledelse

Hvis mobilisering er en anden styringslogik end implementering, kræver den også en anden form for ledelse. Ikke i betydningen, at klassiske ledelsesdiscipliner bliver overflødige – men i betydningen, at ledelsesopgaven ændrer karakter, når målet er transformation i komplekse systemer.

I en implementeringslogik er lederens primære opgave at sikre fremdrift og overholdelse: at oversætte politiske beslutninger til planer, sikre tydelig kommunikation, fordele ansvar og følge op på, om det aftalte bliver gennemført. I en mobiliseringslogik er opgaven bredere og dybere. Her skal lederen sætte retning, skabe rum for lokal udforskning, holde balancer mellem styring og frihed, beskytte eksperimenter mod for tidlig afbrydelse – og orkestrere den kollektive læring, som transformation forudsætter.

Mintzbergs begreb om *communityship* er centralt her (Mintzberg, 2009). Han peger på, at effektiv transformation ikke alene handler om stærkt lederskab, men om evnen til at skabe fællesskab omkring en fælles ambition. Ikke mindst i sundhedsvæsenet ser vi et stort potentiale i dette. Mange medarbejdere oplever deres arbejde som et kald. Men hvis ledelse reduceres til KPI-opfølgning og strukturel kontrol, risikerer man at svække det engagement, der faktisk kunne bære transformationen. Mobiliserende ledelse

handler derfor om at forbinde reformens retning med medarbejdernes faglige stolthed og fælles formål.

Kotters idé om et *dual operating system* giver en anden vigtig dimension (Kotter, 2014). Offentlige organisationer har brug for stabile strukturer til drift og retssikkerhed – men de har samtidig brug for netværk, tværgående fællesskaber og midlertidige rum, hvor nye løsninger kan udvikles. I sundhedsreformen betyder det eksempelvis, at sundhedsrådene kan fungere som strukturel rygrad, mens tværgående kliniske faglige netværk og udviklingsmiljøer skaber bevægelse (i den nye Region Østdanmark har man netop arbejdet med at skabe Sundhedsfaglige Råd på tværs af hospitaler). I ældreområdet kan den formelle styringskæde sikre ensartethed og ansvarlighed, mens selvstyrende teams og tværfaglige læringsfællesskaber udvikler nye praksisser. Mobiliserende ledelse skal kunne navigere i begge systemer – og sikre, at de spiller sammen.

Moltke og principperne bag *Auftragstaktik* tilbyder en tredje inspiration (Citino, 2005). Ledelsen sætter intentionen og retningen, men giver frihed i udførelsen. Det kræver tillid, kompetence og tydelig kommunikation af formålet. I en mobiliseringskontekst betyder det, at topledelsen i en region eller kommune skal være krystalklar på ambitionen om sammenhængende forløb eller værdig ældrepleje – men ikke nødvendigvis definere i detaljer, hvordan det skal ske i hver enkelt enhed. Friheden er ikke fravær af styring, men en styring gennem intention. Hertil kan man tilføje, at lederne også bør interessere sig for oversættelserne gennem nysgerrighed og dialog. Måske er der rammebetingelser og styringsarkitektur i organisationen, der modarbejder ledelsens gode intention – og som der bør kigges kritisk på (Kerr, 1975).

Kompleksitetsledelse baseret på balancering af strategiske dilemmaer (Jørgensen og Lassen, 2017) samler trådene. I komplekse systemer kan ledelse ikke baseres på fuld kontrol og forudsigelighed. Den må i stedet skabe betingelser for, at systemet selv kan udvikle løsninger og navigere i dilemmaerne. Det indebærer at holde balancen mellem stabilitet og fornyelse, mellem drift og eksperiment, mellem central retning og lokal

variation. I sundhedsreformen betyder det eksempelvis, at man må acceptere midlertidig uorden og forskelligartede løsninger i opbygningen af nye samarbejdsformer – så længe de peger i samme strategiske retning.

Mobiliserende ledelse kræver dermed fem centrale greb:

1. at sætte en tydelig retning, som kan forstås og deles;
2. at skabe rum for dialog og eksperimenter;
3. at holde balancen mellem styring og frihed;
4. at beskytte nye initiativer mod for tidlig afbrydelse;
5. og at orkestrere læring, så erfaringer systematisk deles og omsættes.

Det er stadig en strategisk retningsgivende ledelsesopgave, men den er mere relationel og mere faciliterende – og ikke mindre krævende. Forskellen kan illustreres således:

Dimension	Implementeringsleder	Mobiliseringsleder
Primær opgave	Sikre gennemførelse	Skabe bevægelse
Styringsform	Kontrollerer og følger op	Orkestrerer og forbinder
Fokus for måling	Måler compliance og milepæle	Måler bevægelse, læring og effekt i praksis
Syn på variation	Reducerer forskelle	Skaber alignment på tværs af forskellighed
Relation til frontlinjen	Forventer eksekvering	Inviterer til meddesign
Håndtering af usikkerhed	Søger at minimere den	Arbejder aktivt med den
Ledelsesidentitet	Beslutningstager og kontrollør	Retningssetter, facilitator og kulturbærer

Konklusion: Uden mobilisering bliver reformer strukturelle - ikke transformative

Sundheds- og ældrereformen rummer et betydeligt potentiale. De peger på nye måder at organisere, samarbejde og skabe værdi på i mødet med borgere og patienter. Men reformernes effekt afgøres ikke alene af deres indhold. Den afgøres af den styringslogik, de mødes med i praksis.

Hvis reformerne behandles som implementeringsopgaver, kan de gennemføres formelt og rettidigt - og alligevel efterlade hverdagen stort set uændret. Nye strukturer kan etableres, nye styringsmodeller kan tages i brug, og nye begreber kan indføres, uden at samarbejdet reelt udvikles, professionsroller forskydes eller kulturen bevæger sig. I så fald bliver reformerne strukturelle justeringer snarere end transformationer.

Transformation sker ikke i lovteksten. Den sker i borgermødet. Den sker i det konkrete samarbejde mellem sektorer, i den professionelle dømmekraft og i de daglige prioriteringer. Og den form for bevægelse opstår kun, når mennesker forstår retningen, oplever mening, får rum til at eksperimentere og indgår i fælles læring.

Det er derfor ikke tilstrækkeligt at spørge, hvordan reformerne skal implementeres. Vi må spørge, hvordan de skal mobiliseres. Det indebærer, at ledelse tager ansvar for retning og rammer - men samtidig skaber plads til lokal oversættelse, variation og læring. Det indebærer, at vi måler bevægelse og effekt i praksis, ikke kun fremdrift i planer.

Implementering kan sikre gennemførelse - men kun mobilisering kan skabe transformation. Hvis vi reducerer transformation til implementering, reducerer vi reformernes potentiale. Hvis vi derimod forstår mobilisering som en disciplin og leder derefter, kan reformerne blive til udgangspunktet for den bevægelse, de er tænkt som - og lede til de omstillinger, borgerne faktisk kan mærke.

Referencer

- Bukdahl, D. (2021). *Gode løsninger på svære sociale problemer*. Samfundslitteratur.
- Citino, R. M. (2005). *The German Way of War: From the Thirty Years' War to the Third Reich*. University Press of Kansas.
- Cohen, W. M., & Levinthal, D. A. (1990). Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128–152.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.
- Hammer, S., & Høpner, J. (2019). *Meningsskabelse, organisering og ledelse*, 2. udgave, Samfundslitteratur.
- Heifetz, Ronald A., Marty Linsky, and Alexander Grashow. (2009). *The Practice of Adaptive Leadership: Tools and Tactics for Changing Your Organization and the World*. Harvard Business Press.
- Jørgensen, A. S., & Lassen, L. C. (2017). *Strategisk ledelse i fremtiden*. Mobilize Forlag.
- Kerr, S (1975), *On The Folly of Rewarding A, While Hoping for B*, Academy of Management Journal
- Kotter, J. P. (2014). *Accelerate: Building strategic agility for a faster-moving world*. Harvard Business Review Press.
- Mankins, M., & Litre, G. (2024). *Transformations that work*. Harvard Business Review.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2014). Complexity complicates lean: Lessons from seven emergency services. *Journal of Health Organization and Management*, 28(2), 266–288.
- Mintzberg, H. (2009). Rebuilding companies as communities. *Harvard Business Review*, 87(7/8), 140–143.
- Skerritt, D. & Parsons, J. (2024). *Going all in: Why employee 'will' can make or break transformations*. McKinsey and Company
- Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making. *Harvard Business Review*, 85(11), 68–76.
- Storkholm, M. H., Mazzocato, P., & Savage, C. (2019). Make it complicated: A qualitative study of healthcare managers' experiences of managerial complexity. *BMC Health Services Research*, 19, 588.
- Suarez, F. F., & Oliva, R. (2005). Environmental change and organizational transformation. *Industrial and Corporate Change*, 14(6), 1017–1041.

Forfatterne bag

Dorte Bukdahl

Partner og områdeleder i Mobilize

Dorte Bukdahl er partner i Mobilize Strategy Consulting. Hun har bred erfaring fra staten, kommunerne og civilsamfundet. Her har hun over mange år opbygget viden om kvalitet og styring i den offentlige sektor, herunder om håndtering af vilde problemer. Dorte er forfatter til bogen "Gode løsninger på svære sociale problemer" (2021).



Søren Barlebo Rasmussen

Partner i Mobilize

Søren er ekspert i strategisk ledelse af faglige organisationer. Han har været forsker i dette emne på Copenhagen Business School, hvor han også var institutleder og dekan. De sidste 20 år har han været konsulent og hjulpet mange hospitaler og universiteter i Danmark og Norge med strategisk udvikling - også i samspillet mellem disse to typer af organisationer. Han har arbejdet meget med samspillet mellem forskning og innovation.

