

Helsedirektoratet

Evaluering av lederutdanninger for primærhelsetjenesten
Rapport 2026

13. mai 2026 | KPMG

Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet, som på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og i samarbeid med KS har ansvar for å følge opp og videreutvikle lederutdanningene for primærhelsetjenesten. Utdanningene leveres av Handelshøyskolen BI, og omfatter både Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten og de nettbaserte lederkursene for kommunehelsetjenesten og allmennleger.

KPMG vil rette en stor takk til alle deltakere, arbeidsgivere, ledere, kollegaer og øvrige respondenter som har bidratt med erfaringer og refleksjoner. Deres innsats og åpenhet har vært avgjørende for å kunne forsterke forståelsen av hvordan utdanningene påvirker lederutøvelse, samarbeid, tjenestekvalitet og organisatorisk utvikling i primærhelsetjenesten.

Evalueringsteamet besto av Geir Sundet (prosjektleder), Magnus Nedrelid Heggen, Brage Midbrød, og Mathias Wasaznik Johannessen (kvalitetssikrer) fra KPMG og Halvor Nordby. Teamet er ansvarlig for alle vurderinger, anbefalinger og eventuelle feil i rapporten.

Vi håper rapporten gir et nyttig kunnskapsgrunnlag for videre arbeid med å styrke ledelse og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.



Oslo, 13. mai 2026



Engasjementsansvarlig

Navn: Lars Torgersen

E-post: lars.torgersen@kpmg.no

Mobil: +47 406 39 271

Innhold

Forord	i
Innhold	ii
Sammendrag	iii
1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Oppdraget	1
1.3 Tema og oppbygging av rapporten	2
2. Bakgrunn	3
2.1 Hvorfor utdanningene er viktige nå?	3
2.2 Utdanningene	3
2.3 Deltakernes bakgrunn	3
2.4 Tidligere evalueringer	4
3. Metode	5
3.1 Dokumentgjennomgang	5
3.2 Spørreundersøkelse	5
3.3 Semi-strukturerte intervjuer	6
3.4 Case-studier	6
3.5 Datatriangulering	7
4. Deltakernes utgangspunkt ved oppstart	8
5. Utdanningskvalitet	9
5.1 Helseledernes overordnede opplevelse av Nasjonal lederutdanning	9
5.2 Prosjektoppgave	10
5.3 Refleksjon	12
5.4 Nettverksbygging	12
5.5 Om pensum og pedagogisk tilnærming	12
5.6 Deltakerne mener utdanningene møter et viktig behov i tjenestene	13
6. Nærmere om ledernes egenutvikling	14
6.1 Lederferdigheter	14
6.2 Metoder og tilnærming	17
6.3 Systemledelse	18
6.4 Forståelse av helsetjenestenes organisering og håndtering av krysspress	19
7. Virkning arbeidsplass	21
7.1 Ledere og medarbeideres oppfatninger om deltakernes utvikling	21
7.2 Eksempler på konkrete virkninger	22
8. Oppsummering	26
8.1 Overordnet konklusjon	26
8.2 Den nettbaserte utdanningen	27
8.3 Observerte forbedringspunkter	27
8.4 Konklusjon og planer for neste års evaluering	28

Sammendrag

Evalueringen viser at lederutdanningene for primærhelsetjenesten er et målrettet og effektivt virkemiddel for å styrke ledelse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Utdanningene dekker et tydelig behov for lederkompetanse og bidrar til at deltakere raskt omsetter kunnskap til konkrete tiltak i egen organisasjon. Funnene dokumenterer tidlige gevinster i form av bedre arbeidsmiljø, mer systematiske arbeidsformer og forbedret tjenesteorganisering, og indikerer samlet sett en god samfunnsøkonomisk avkastning.

Årets evaluering omfatter Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, som består av kursene Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling (begge 30 studiepoeng), samt Lederkurs for kommunehelsetjenesten (5 studiepoeng). De to førstnevnte er samlingsbaserte utdanninger med betydelig omfang og vekt på prosjektoppgaver knyttet til deltakernes egen arbeidsplass. Lederkurs for kommunehelsetjenesten er et kortere, hovedsakelig nettbasert tilbud med én fysisk samling, og retter seg mot ledere som ikke har mulighet til å gjennomføre de mer omfattende utdanningene. Dette er første gang Lederkurs for kommunehelsetjenesten inngår i følgeevalueringen, og årets rapport gir dermed et første kunnskapsgrunnlag om virkninger og nytte av dette tilbudet.

Før oppstart vurderte deltakerne sine lederferdigheter som gjennomgående gode, særlig innen kommunikasjon, samhandling og grunnleggende lederoppgaver. Samtidig viser egenvurderingene variasjon mellom temaområder, med relativt lavere skårer innen mer systematiske og strategiske områder som utviklingsarbeid, endringsledelse og eksternt samarbeid. Dette indikerer et tydelig kompetansebehov på disse områdene ved oppstart.

Deltakerne er gjennomgående svært fornøyde med utdanningene. For Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling fremheves særlig kombinasjonen av teori, refleksjon, erfaringsdeling og arbeid med reelle problemstillinger fra egen arbeidsplass. Prosjektoppgavene fungerer som et sentralt bindeledd mellom utdanning og praksis, ved at deltakerne anvender metoder og verktøy på faktiske utfordringer i egne tjenester. Dette bidrar til at læringen i stor grad omsettes til konkrete endringer i organisering, arbeidsformer og samhandling.

Lederkurs for kommunehelsetjenesten vurderes som et praksisnært og tilgjengelig tilbud. Deltakerne beskriver kurset som nyttig for å etablere et felles språk for ledelse, særlig knyttet til psykologisk trygghet, kommunikasjon og refleksjon. Selv om kurset i mindre grad er knyttet til utviklingsprosjekter i egen virksomhet, rapporteres det om tydelige endringer i lederatferd, struktur og oppfølging i det daglige arbeidet. Kurset fremstår dermed som et lavterskeltiltak som gir rask kompetanseheving og som for flere fungerer som inngang til videre lederutdanning.

Evalueringen viser at utdanningene bidrar til økt trygghet i lederrollen og styrkede lederferdigheter. Deltakerne beskriver bedre rolleforståelse, større bevissthet om egen lederatferd og økt evne til å involvere medarbeidere i både daglig drift og endringsprosesser. Disse endringene bekreftes i stor grad av deltakernes ansatte, kolleger og overordnede, som peker på tydeligere ledelse, mer strukturert oppfølging og forbedret kommunikasjon.

Evalueringen viser konkrete og observerbare virkninger i deltakernes arbeidsplasser etter gjennomført lederutdanning. Deltakere og deres omgivelser beskriver forbedringer i arbeidsmiljø, samhandling og struktur i det daglige arbeidet, blant annet gjennom tydeligere prioriteringer, mer systematisk oppfølging av medarbeidere og bedre håndtering av krevende situasjoner og endringsprosesser. Disse endringene kommer til

uttrykk i mer forutsigbare arbeidsformer, klarere forventninger og et mer bevisst forhold til hvordan ledelse utøves i praksis.

For deltakere i Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling dokumenteres det i tillegg flere eksempler på utviklingsarbeid som har resultert i nye eller forbedrede arbeidsformer, mer effektiv tjenesteorganisering og bedre flyt i tjenestene. Case-studiene viser at metoder og verktøy fra utdanningene tas i bruk i konkrete tiltak, og i enkelte tilfeller foreligger det også dokumenterte gevinster knyttet til mer effektiv ressursbruk og mer treffsikker tjenestelevering. Samlet indikerer funnene at læring fra utdanningene raskt omsettes til praksis, med virkninger som gir verdi både for virksomhetene og for tjenestene de leverer.

Evalueringen peker samtidig på enkelte forbedringsområder. Dette gjelder særlig behov for mer praksisnær og differensiert undervisning innen økonomi, samt økt oppmerksomhet på juridiske temaer knyttet til personalledelse og regelverk. Videre fremheves betydningen av tydeligere forankring av prosjektoppgaver i deltakernes organisasjoner for å styrke implementering og varige effekter av utviklingsarbeidet.

Samlet sett viser evalueringen at lederutdanningene gir et betydelig bidrag til å styrke ledelse i primærhelsetjenesten. Utdanningene treffer et reelt kompetansebehov hos ledere, gir høy opplevd nytte og bidrar til konkrete forbedringer i tjenestene allerede på kort sikt. Funnene indikerer dermed at utdanningene representerer en god investering for sektoren, både gjennom styrket lederkompetanse og gjennom gevinster som følger av at læring omsettes til praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Helsedirektoratet har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, etablert lederutdanningene for ledere i primærhelsetjenesten som et tiltak i flere nasjonale satsinger rettet mot å styrke kommunale helse- og omsorgstjenester. Lederutdanningene er blant annet forankret i Kompetanseløft 2025, men støtter også opp under andre reformer og handlingsplaner, herunder Bo trygt hjemme-reformen og Handlingsplan for allmennlegetjenesten.

Lederutdanningene leveres av Handelshøyskolen BI og består av Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten samt to digitale lederkurs. Nasjonal lederutdanning omfatter kursene Helseledelse (etablert i 2015) og Ledelse av tjenesteutvikling (etablert i 2023). De digitale lederkursene består av Lederkurs for kommunehelsetjenesten (etablert i 2025) og Lederkurs for allmennleger (etablert i 2022).

Totalt har 2004 deltakere fullført Helseledelse, 147 fullført Ledelse av tjenesteutvikling, 57 deltakere fullført Lederkurs for kommunehelsetjenesten, og 190 deltakere fullført Lederkurs for allmennleger.

1.2 Oppdraget

Helsedirektoratet har, i samarbeid med KS, gitt KPMG i oppdrag å gjennomføre en følgeevaluering av lederutdanningene levert av Handelshøyskolen BI. Evalueringen omfatter følgende utdanningstilbud:

- Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten
 - Helseledelse
 - Ledelse av tjenesteutvikling
- Nettbaserte utdanninger
 - Lederkurs for kommunehelsetjenesten
 - Lederkurs for allmennleger

Denne evalueringsrapporten er avgrenset til deltakerne som deltok i Nasjonal lederutdanning høsten 2024 til våren 2025, og det nettbaserte Lederkurs for kommunehelsetjenesten våren 2025. Dette omfatter kull 10 Helseledelse, kull 3 Ledelse av tjenesteutvikling og kull 1 Lederkurs for kommunehelsetjenesten. Lederkurs for allmennleger er ikke inkludert i årets evaluering, men vil bli dekket i neste års evaluering (april 2027).

Evalueringen svarer ut følgende problemstillinger:

1. **Styrke ledere på det personlige plan for å gjennomføre omstilling, utvikling og prioritering til bærekraftige tjenester.**
 - 1.1. I hvilken grad opplever deltakerne at de har styrket sin kompetanse som leder?
 - 1.1. I hvilken grad opplever deltakere at de har anvendt læring fra utdanningen på en måte som har styrket organisasjonen?
 - 1.2. I hvilken grad opplever kollegaer og egne ledere at deltakerne har styrket sin kompetanse som leder?

2. Bidra til å styrke lederne til å håndtere ulike krysspress i lederrollen.

- 2.1. I hvilken grad opplever deltakerne at kunnskapen de har tilegnet seg har styrket deres posisjon når det gjelder å «forhandle» mellom nedstrøms og oppstrøms press?
- 2.2. I hvilken grad opplever deltakerne at de har styrket sin forståelse av politiske føringer, rammevilkår og styringssignaler for primærhelsesektoren, slik at de bedre kan forstå og utnytte handlingsrommet i den pågående endringsprosessen.

3. Bidra til tverrfaglig samarbeid og forståelse på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder for å oppnå bedre læring, kommunikasjon og samhandling.

- 3.1. I hvilken grad opplever deltakerne at de har styrket sin evne til å samarbeide på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder?
- 3.2. Hvilke eksempler finner vi av tverrfaglig samarbeid, og hvilke faktorer var viktige for å realisere samarbeidet. Stikkord her kan være kommunikasjon, læring og viktigheten av gode samarbeidsrelasjoner.

For å unngå unødig repetisjon og for å få en logisk flyt og leservennlighet i rapporten, svarer vi ut problemstillingene ettersom de aktuelle temaene kommer opp, uten at vi refererer til de spesifikke problemstillingene som beskrevet ovenfor.

1.3 Tema og oppbygging av rapporten

Årets evalueringsrapport bygger videre på fjorårets første følgeevaluering, men utvider både omfang og tematisk bredde. Årets rapport inkluderer for første gang deltakere fra det nye nettbaserte Lederkurs for kommunehelsetjenesten, som gir et bredere bilde av hvordan ulike modeller for lederutvikling virker for ulike målgrupper i primærhelsetjenesten. Videre går årets rapport dypere inn i vurdering av konkrete virkninger på arbeidsplassen, blant annet gjennom systematisk oppfølging av eksemplene som ble identifisert i fjorårets rapport. Dette innebærer en sterkere vektlegging av dokumenterte endringer som reduksjon i sykefravær, forbedret pasientflyt, styrket organisasjonskultur og nye tjenesteløsninger. Rapporten har dermed et tydeligere fokus på effekter og virkninger enn foregående år.

I neste kapittel presenterer vi bakgrunnsinformasjon om lederutdanningen og deltakerne. Kapittel 3 gir evalueringens metodiske tilnærming. I kapittel 4 beskriver vi deltakernes utgangspunkt ved start av utdanningen, mens kapittel 5 beskriver utdanningskvaliteten. Videre beskriver kapittel 6 hvordan deltakelsen har påvirket ledernes egenutvikling som ledere, mens kapittel 7 belyser hvilke virkninger deltakelsen har hatt på deres arbeidsplasser. I det åttende og siste kapittelet presenterer vi vår overordnede konklusjon og betraktninger om neste års evaluering.

2. Bakgrunn

Årets evaluering omfatter Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten som inkluderer Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling, samt nettbasert Lederkurs for kommunehelsetjenesten ved Handelshøyskolen BI. Dette er den andre rapporten levert av KPMG i dette følgeevalueringsoppdraget.

2.1 Hvorfor utdanningene er viktige nå?

Kommunene har hatt et svekket økonomisk handlingsrom etter svake regnskapsår i 2023 og 2024. Selv om 2025 viser en samlet bedring, er variasjonene store, og mange kommuner har fortsatt begrenset økonomisk balanse. Varslet realvekst i frie inntekter i 2026 vil i stor grad gå med til økte demografikostnader og pensjonsutgifter.¹

Samtidig forsterkes personellutfordringene i helse- og omsorgstjenestene. Nasjonale føringer understreker behovet for bedre prioritering, organisering og bruk av kompetanse, noe som stiller høye krav til lederkompetanse. I denne konteksten er Handelshøyskolen BIs lederutdanninger et sentralt virkemiddel for å styrke lederes evne til å gjennomføre nødvendige endringer og sikre bærekraftige tjenester.²

2.2 Utdanningene

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er et masterprogram i regi av Handelshøyskolen BI, der også Universitetet i Oslo og eksterne forelesere fra andre institusjoner bidrar i gjennomføringen. Programmet består av to kurs på 30 studiepoeng, som gjennomføres i to separate løp: Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling.

I tillegg har Handelshøyskolen BI etablert to digitale lederkurs på 5 studiepoeng. Lederkurs for kommunehelsetjenesten er forankret i Bo trygt hjemme reformen, mens Lederkurs for allmennleger inngår som et tiltak i handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Formålet med introduksjonskurset Lederkurs for kommunehelsetjenesten er å gi deltakerne en grunnleggende innføring i ledelse. Utdanningen gir studentene innsikt i sentrale ledelsesprinsipper som også ligger til grunn for Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Gjennomført utdanning gir i tillegg prioritet ved opptak til utdanningene i den nasjonale lederutdanningen. Av 22 deltakere i introduksjonskursets første kull har 16 gått videre til Nasjonal lederutdanning høsten 2026. De øvrige deltakerne hadde ikke mulighet til å delta ettersom de ikke oppfylte målgruppekriteriet om personalansvar.

Mer informasjon om utdanningene finnes på Handelshøyskolen [BIs hjemmesider](#).

2.3 Deltakernes bakgrunn

Dette delkapitlet gir en kort deskriptiv beskrivelse av kjennetegn ved deltakerne fra kull 10 Helseledelse, kull 3 Ledelse av tjenesteutvikling og kull 1 Lederkurs for kommunehelsetjenesten. En typisk deltaker i lederutdanningene er en kvinnelig sykepleier i alderen 40–49 år. Informasjonen er oppsummert i tabell 1-3 under, og er samlet inn gjennom evalueringens spørreundersøkelser og Handelshøyskolen BIs deltakerlister.

¹ KDD, 2025b, KS, 2025, KDD, 2025a

² Regjeringen, 2023, Regjeringen, 2024, Helsedirektoratet, 2025b, Helsedirektoratet, 2025a, Helsedirektoratet, 2021

Kjønn	Helseledelse	Ledelse av tjenesteutvikling	Lederkurs for kommunehelsetjenesten
Mann	16%	9%	45%
Kvinne	84%	91%	55%

Tabell 1: Kjønnsfordeling (2024/2025)

Alder	Helseledelse	Ledelse av tjenesteutvikling	Lederkurs for kommunehelsetjenesten*
20-29	4%	2%	0%
30-39	35%	43%	9%
40-49	42%	39%	73%
50-59	18%	16%	18%

Tabell 2: Alder (2024/2025) *fra spørreundersøkelsen

Grunnutdanning	Helseledelse	Ledelse av tjenesteutvikling	Lederkurs for kommunehelsetjenesten
Annet	5 %	2%	18%
Ergoterapeut	2 %	9%	5%
Fysioterapeut	4 %	14%	9%
Lege	5 %	0%	5%
Pedagog	5 %	5%	0%
Sosionom	4 %	0%	5%
Sykepleier	53 %	59%	41%
Tannlege	5 %	0%	0%
Tannpleier	1 %	2%	0%
Vernepleier	15 %	9%	18%

Tabell 3: Grunnutdanning (2024/2025)

2.4 Tidligere evalueringer

KPMG gjennomfører en følgeevaluering av Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten samt Nettbaserte lederutdanninger. [Første evalueringsrapport](#) ble levert i 2025, avgrenset til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten studieåret høsten 2023 til våren 2024 (kull 9 Helseledelse og kull 2 Ledelse av tjenesteutvikling)³. Evalueringen viste at utdanningen leverer etterspurt kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Deltakerne er fornøyde med utdanningens innretning, kvaliteten på forelesningene og mulighetene for nettverksbygging. De fleste deltakerne oppgir at de har tatt i bruk verktøy og metoder tilegnet gjennom utdanningen, og at dette bidrar til konkrete og positive virkninger på deres arbeidsplasser. Samlet sett fremstår Nasjonal lederutdanning som et kostnadseffektivt tiltak for å styrke kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tidligere har Rambøll gjennomført en følgeevaluering av lederutdanningen, fra oppstart i september 2015 til 2023. Flere av evalueringsrapportene er tilgjengelige på Helsedirektoratets nettsider.⁴

³ KPMG. 2025.

⁴ Helsedirektoratet, u.å.

3. Metode

Evalueringen bygger på en «mixed method-tilnærming» med kvantitative og kvalitative data. Datainnsamlingen inkluderer gjennomgang av dokumentasjon, spørreundersøkelser, gruppeintervjuer og case-studier.

3.1 Dokumentgjennomgang

Vi har samlet inn og gått gjennom dokumentasjon gjennom hele oppdragsperioden. Dette inkluderer:

- Nasjonale meldinger og planer som beskriver mål og retning for lederutdanningene, samt Helsedirektoratets retningslinjer for utdanningene
- Pedagogisk teori og forskning relevant for lederutdanning i primærhelsetjenesten
- Emnebeskrivelser og pensum samt Handelshøyskolen BIs deltakerevalueringer⁵
- Tidligere evalueringsrapporter for Nasjonal lederutdanning

Se Vedlegg 1 for en liste av referanser.

3.2 Spørreundersøkelse

Vi har gjennomført totalt ni spørreundersøkelser rettet mot siste års kull. Seks av disse var rettet mot deltakerne i kursene Helseledelse, Ledelse av tjenesteutvikling og Lederkurs for kommunehelsetjenesten. I tillegg er det gjennomført tre spørreundersøkelser rettet mot deltakernes omgivelser (ledere, kollegaer og ansatte).

For spørreundersøkelsene rettet mot deltakerne mottok vi deltakerlister fra Handelshøyskolen BI. For spørreundersøkelsene til omgivelsene ble deltakerne bedt om å nominere og oppgi kontaktinformasjon til totalt fem personer hver: Personalleder, to kollegaer og to ansatte som deltakeren har personalansvar for. Tabell 4 under viser utvalg og respons for hver av de ni spørreundersøkelsene. En fullstendig oversikt over svar på de lukkede spørsmålene i spørreundersøkelsen kan sees i vedlegg til denne rapporten.

Spørreundersøkelse	Utvalg	Svar	Svarprosent
Deltakere Helseledelse (Førmåling)	212	150	71%
Deltakere Ledelse av tjenesteutvikling (Førmåling)	44	18	41%
Deltakere Lederkurs for kommunehelsetjenesten (Førmåling)	22	11	50%
Deltakere Helseledelse (Ettermåling)	212	95	44%
Deltakere Ledelse av tjenesteutvikling (Ettermåling)	44	19	43%
Deltakere Lederkurs for kommunehelsetjenesten (Ettermåling)	22	10	45%
Omgivelser Helseledelse (Ettermåling)	162	84	52%
Omgivelser Ledelse av tjenesteutvikling (Ettermåling)	55	28	51%
Omgivelser Lederkurs for kommunehelsetjenesten (Ettermåling)	22	13	59%

Tabell 4: Utvalg og respons spørreundersøkelse.

⁵ Deltakerevalueringene ble gjennomført for hver samling samt for utdanningen som helhet. Evalueringene gir informasjon om opplevd nytte og kvalitet i utdanningene. Evalueringene består av påstander med svaralternativ fra 1-7 hvor 1 tilsvarer i svært liten grad, 4 i middels grad og 7 i svært stor grad, samt muligheter til å legge inn åpne svar hvor deltakerne kan utdype sine meninger.

3.3 Semi-strukturerte intervjuer

Vi gjennomførte 18 **semi-strukturerte intervju og gruppeintervju** med totalt 38 intervjurespondenter fra følgende respondentgrupper:

- 27 deltakere fra siste års kull (Kull 10 for Helseledelse, Kull 3 for Ledelse av tjenesteutvikling, og Kull 1 for Lederkurs for kommunehelsetjenesten)
- 8 personer fra deltakernes omgivelser (ansatt av deltakerne, kolleger og egne ledere)
- 3 deltakere fra årskullet 2023/2024 for oppfølgingsintervju angående virkinger

Intervjuene med deltakerne og deres omgivelser fulgte opp funn fra spørreundersøkelsene, innsamlet dokumentasjon og gjennomgangen av prosjektoppgaver. Dette omhandlet blant annet nytten av utdanningen, arbeidet med prosjektoppgaven, involvering av arbeidsplassen og effekter/virkninger av utdanningen på arbeidsplassen. Samtidig la vi til rette for en diskusjon mellom intervjurespondentene om ulike temaer knyttet til utdanningen. Oppfølgingsintervjuene med deltakere fra årskullet 2023/2024 fulgte opp identifiserte virkninger av deltagelsen på Nasjonal lederutdanning, eksempelvis knyttet til arbeidsmiljø, sykefravær og turnover. Vi har også samlet inn ytterligere informasjon og dokumentasjon om virkninger per e-post.

3.4 Case-studier

Det er gjennomført 5 case-studier av utvalgte prosjektoppgaver og hjemmeeksamener, henholdsvis 2 fra Helseledelse, 2 fra Ledelse av tjenesteutvikling, og 1 fra Lederkurs for kommunehelsetjenesten. Tabell 5 gir nærmere informasjon om casene.

Handelshøyskolen BI valgte ut 11 særskilt gode oppgaver fra sist års kull. KPMG fikk via deltakerne selv tilgang til disse oppgavene. Evalueringsteamet valgte så ut de 5 oppgavene etter en helhetsvurdering, hvor følgende ble vektlagt:

- Oppgavens tematikk
- Oppgavens relevans sett opp mot primærhelsetjenestens utfordringer og utdanningenes innhold
- Oppgavens metodiske tilnærming
- Oppgavens bruk av teori, verktøy og metoder fra utdanningen
- Involverte tjenester
- Grad av endring i virksomheten gjennom prosjektoppgaven
- Kommunestørrelse
- Geografi

I case-studiene har vi analysert prosjektoppgavene og gjennomført intervjuer med fire av prosjektgruppene. For den siste prosjektoppgaven fikk vi skriftlige svar per e-post. I intervjuene fokuserte vi på å få en forståelse for prosjektoppgavens kontekst, herunder kommunen, arbeidsplassen, endringer og mål for oppgaven. Videre spurte vi om deltakernes erfaringer med å gjennomføre oppgavene. Dette ga innsikt i hvordan utdanningene har bidratt til deltakernes ledelsesutøvelse, og hvilke virkninger anvendt kunnskap og verktøy har hatt i deres arbeidskontekst.

	Oppgavens tematikk	Involverte tjenester	Kommune- størrelse	Utdanning
Oppgave 1	Samhandling innenfor rusforebyggende arbeid for ungdom	Psykisk helse og rus	Stor	Ledelse av tjenesteutvikling
Oppgave 2	Pårørende samarbeid i hjemmetjenesten	Hjemmetjenesten	Små	Helseledelse
Oppgave 3	Beholde nyrekrukkerte og erfarent helsepersonell i tjenestene	Institusjonstjenester og hjemmetjenesten	Mellomstor	Helseledelse
Oppgave 4	Pårørendestøtte i fremtidens helse- og omsorgstjenester	Tildelingskontor og demensomsorg	Mellomstor	Ledelse av tjenesteutvikling
Hjemme-eksamen	Omorganiseringsprosess	Tildelingskontor	Stor	Lederkurs for kommune-helsetjenesten

Tabell 5: Informasjon om oppgavene.

3.5 Datatriangulering

Vi har brukt de ulike datakildene og metodene til å triangulere data for å underbygge funn og vurderinger. Vi finner en høy grad av samsvar mellom svarene fra spørreundersøkelsene, gruppeintervjuene og casestudier av prosjektoppgaver. Med triangulering forstår vi her fremgangsmåter for å styrke og utfordre empirisk materiale ved å belyse og analysere materialet fra ulike metodiske innfallsvinkler. Triangulering bidrar til å kvalitetssikre og utvikle kunnskap på en måte en ikke ville klart ved å bare bruke en avgrenset metode.

4. Deltakernes utgangspunkt ved oppstart

Før utdanningen vurderte deltakerne sine lederferdigheter som gjennomgående gode, med høy selvtilit innen kommunikasjon, samhandling og grunnleggende lederoppgaver. Samtidig viser egenvurderingene en viss variasjon mellom temaer, særlig innen mer systematiske og strategiske områder.

Dette kapittelet gir en samlet oversikt over deltakernes egenvurderte utgangspunkt ved oppstart av lederutdanningene, basert på førmålinger gjennomført ved kursstart. Resultatene viser et gjennomgående godt utgangspunkt, særlig innen kommunikasjon og relasjonelle ferdigheter, men også tydelige utviklingsbehov innen mer systematiske, strategiske og tverrsektorielle deler av lederrollen.

Temaområde	Overordnet nivå ved oppstart (alle utdanninger)	Konsistent mønster på tvers
Kommunikasjon og relasjonelle ferdigheter	Høyt (ca. 4,2–4,5)	Sterk intern samhandling og medarbeiderorientering
Lederferdigheter generelt	Høyt (ca. 4,1–4,4)	Trygghet i grunnleggende lederrolle
Organisasjonsforståelse og kultur	Middels–høyt (ca. 4,0–4,4)	God forståelse av egen organisasjon
Utviklingsarbeid	Middels (ca. 3,7–4,1)	Lavere skår enn relasjonelle ferdigheter
Endringsledelse	Middels (ca. 3,7–4,0)	Særlig svakere på evaluering av endring
Eksternt samarbeid	Lavere (ca. 3,0–4,0)	Gjennomgående lavere enn øvrige tema

Tabell 6: Overordnet bilde: deltakernes egenvurderte utgangspunkt ved oppstart

Deltakernes forventninger ved oppstart handlet i hovedsak om kompetanseheving og tilgang til praktiske verktøy. For Helseledelse og Lederkurs for kommunehelsetjenesten var trygghet i lederrollen sentralt, mens deltakere i Ledelse av tjenesteutvikling i større grad vektla metoder for endrings- og utviklingsarbeid.

Utdanning	Relativt sterke sider ved oppstart	Relativt svakere sider ved oppstart
Helseledelse	Kommunikasjon, tillit, intern samhandling	Strategisk utviklingsarbeid, internkontroll, eksternt samarbeid
Ledelse av tjenesteutvikling	Kommunikasjon, organisasjonsforståelse	Samarbeid utenfor sektor, endrings- og utviklingsarbeid
Lederkurs for kommunehelsetjenesten	Drift, organisasjonsforståelse, effektivitet	Langsiktighet, strategisk kompetanseplanlegging, eksternt samarbeid

Tabell 7: Forskjeller i utgangspunkt mellom utdanningene

Førmålingene viser at deltakerne går inn i lederutdanningene med et solid utgangspunkt, særlig innen kommunikasjon og relasjonelle ferdigheter. Samtidig avdekkes et tydelig og konsistent utviklingsbehov innen mer langsiktige, systematiske og tverrsektorielle deler av lederrollen. Dette gir et relevant og tydelig utgangspunkt for å vurdere læringsutbytte, utvikling og virkninger i påfølgende kapitler.

5. Utdanningskvalitet

Deltakerne i Nasjonal lederutdanning og Lederkurs for kommunehelsetjenesten er gjennomgående svært fornøyde med utdanningene. Et stort flertall rapporterer høy tilfredshet med helheten, foreleserne og utdanningens relevans for egen lederrolle. Deltakerne fremhever refleksjon og nettverksbygging som særlig verdifulle læringselementer. Samlet sett fremstår utdanningene som praksisnære, relevante og godt tilpasset behovet til ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

5.1 Helseledernes overordnede opplevelse av Nasjonal lederutdanning

Mellomledere i kommunehelsetjenesten har gjennomgående sterk faglig kompetanse, men de fleste mangler opplæring i ledelse. Lederutdanningen treffer derfor et sårpt tiltrengt kompetansebehov. Både intervjuer og spørreundersøkelser viser at deltakerne er godt fornøyde med utdanningene. Et betydelig flertall av respondenter (over 90%) på tvers av kursene er helt eller delvis enig i at de var fornøyde med utdanningen som helhet, foreleserne og emnenes relevans (se Figur 1). Figuren viser gjennomsnittsverdien av svarene, der 5 tilsvarer «helt enig», 4 «delvis enig», 3 «hverken enig eller uenig», 2 «delvis uenig» og 1 «helt uenig».



Figur 1: Overordnet tilfredshet med utdanningen, forelesere og relevansen av emne

I intervjuene fremheves det at temaene oppleves som relevante for ledere i kommunehelsetjenesten, og at de er oppdaterte og godt tilpasset utfordringsbildet lederne og tjenestene står overfor. Deltakere forteller at utdanningene har bidratt til personlig utvikling i lederrollen.

Deltakere fra Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling opplever at de fysiske samlingene er godt organisert. Nettverksbygging og erfaringsdeling mellom deltakerne

fremheves som sentrale utbytter av deltakelsen, og de opplever at utdanningene legger til rette for dette gjennom aktive gruppediskusjoner, med variasjon og hyppig endring i gruppeinndelingen.

Organiseringen av Lederkurs for kommunehelsetjenesten skiller seg noe fra de øvrige utdanningene ved at hoveddelen av undervisningen gjennomføres digitalt. Samtidig avholdes første samling fysisk, noe som fremheves som viktig for å etablere trygghet og relasjoner mellom deltakerne og foreleserne. Dette har også lagt godt til rette for videre gjennomføring av øvrige samlinger digitalt via Zoom.

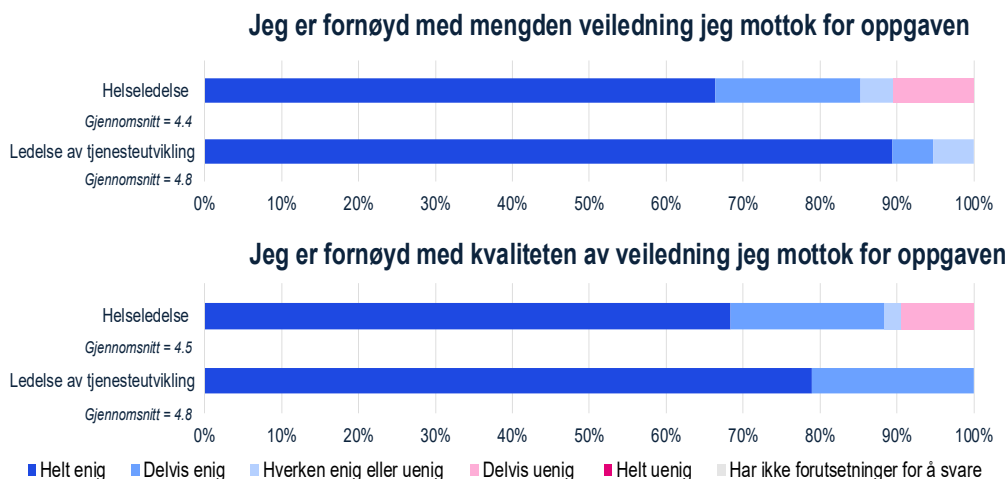
5.2 Prosjektoppgave

Som en del av Nasjonal lederutdanning gjennomfører deltakerne i Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling en prosjektoppgave som utgjør 60% av samlet karakter. Prosjektoppgaven kan beskrives som et eksperiment, hvor deltakerne prøver ut verktøy eller metoder de har lært i utdanningen på arbeid

I Ledelse av tjenesteutvikling skal prosjektoppgaven som hovedregel utarbeides i grupper på to til tre deltakere, mens deltakerne i Helseledelse kan skrive individuelt eller i grupper på én til tre. I mange tilfeller består gruppene av deltakere fra samme arbeidsgiver.

5.2.1 Veiledning

Det gis minimum fire individuelle veiledningstimer per prosjektoppgave, og prosjektarbeidet er i tillegg integrert i undervisningssamlingene. Spørreundersøkelsen viser at deltakerne fra både Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling er fornøyd med mengde og kvalitet på veiledning (se Figur 2). Deltakerne i Ledelse av tjenesteutvikling er samlet sett noe mer fornøyd med veiledningen enn deltakerne i Helseledelse, med en gjennomsnittsskår på 4,8 (hvor 4 er «delvis enig» og 5 er «helt enig»). 66% av deltakerne i Helseledelse og 90% i Ledelse av tjenesteutvikling svarer «helt enig» i påstanden om at de er fornøyd med mengde veiledning.



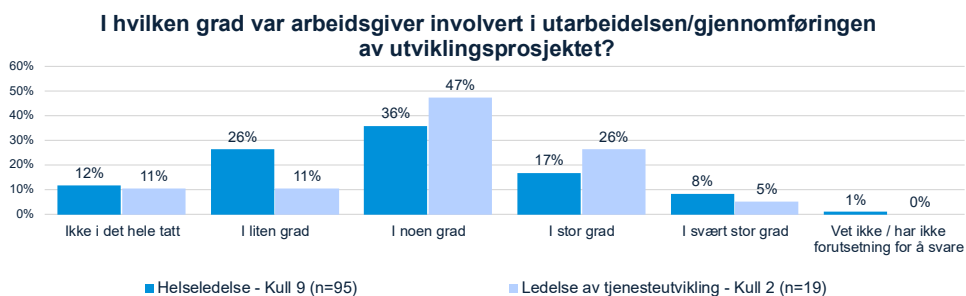
Figur 2: Mengde og kvalitet av veiledning (eksamen)

Intervjuer viser at deltakerne gjennomgående opplever at veiledningen har fungert godt. Det fremheves at veiledere og fagansvarlige har vært tilgjengelige og imøtekommende for spørsmål per e-post, også utenom faste veiledningstimer og undervisningssamlinger. Denne tilgjengeligheten beskrives som viktig for faglig støtte og sparring underveis i studiet.

5.2.2 Involvering fra arbeidsgiver

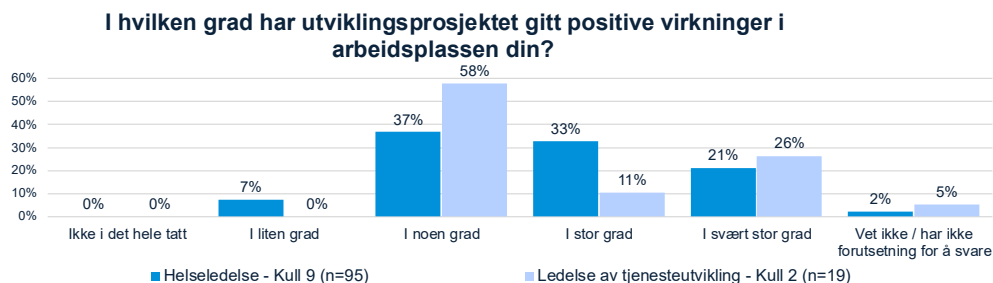
Arbeidsgiver har vært involvert i utarbeidelse og gjennomføring av de fleste prosjektoppgavene i Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling. Henholdsvis 61% av deltakerne i Helseledelse og 78% i Ledelse av tjenesteutvikling oppgir at arbeidsgiver har

vært involvert «i noen grad», «i stor grad» eller «i svært stor grad». Involveringen har hovedsakelig foregått gjennom innledende kartlegging av arbeidsplassens utfordringer og behov i planleggingsfasen, samt gjennom deltakernes datainnsamling i form av intervjuer, workshoper, spørreundersøkelser og utprøving av tiltak. Samtidig viser intervjudata at både involvering og forankring har variert i omfang og kvalitet. Noen deltakere hadde tydelig forankring gjennom planverk, oppdragsnotat eller pågående utviklingsprosesser, mens andre opplevde utfordringer med å oppnå forankring utover nærmeste leder. Tilsvarende variasjoner gjelder graden av involvering, der enkelte deltakere har benyttet etablerte nettverk i organisasjonen, mens andre har hatt begrenset involvering oppover i linjen.



Figur 3: Involvering av arbeidsgiver i utviklingsprosjektet / eksamensoppgaven

91% av deltakerne i Helseledelse og 95% i Ledelse av tjenesteutvikling opplever at prosjektoppgaven har gitt merverdi for i egen arbeidsplass (se Figur 4). Intervjudata indikerer en tydelig sammenheng mellom involvering og opplevd merverdi, ettersom manglende forankring har gjort det krevende å gjennomføre utviklingsprosjekter og implementere tiltak i organisasjonen.



Figur 4: Positive virkninger av utviklingsprosjektet

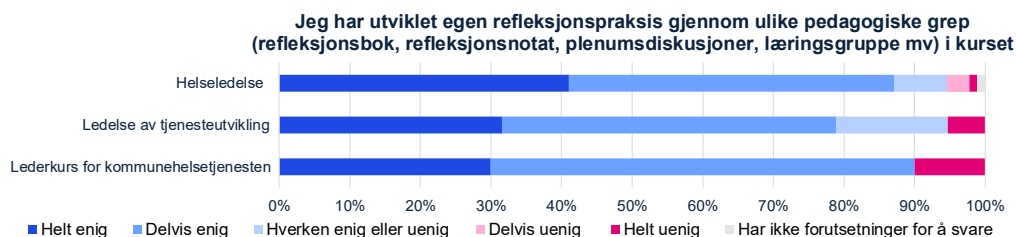
5.2.3 Hjemmeeksamen for nettbasert utdanning

Lederkurs for kommunehelsetjenesten skiller seg fra de øvrige utdanningene ved at hovedleveransen er en individuell hjemmeeksamen som knytter utdanningens faglige innhold til deltakernes erfaringer fra egen organisasjon. Eksamensoppgaven deles ut tidlig i kursløpet og leveres etter siste samling. I motsetning til prosjektoppgavene i Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling stilles det ikke krav om gjennomføring av et utviklingsprosjekt eller utprøving av tiltak i egen virksomhet.

Hjemmeeksamenen har først og fremst karakter av en refleksjons- og analyseoppgave, der deltakerne anvender teori og begreper fra utdanningen til å belyse utfordringer, dilemmaer eller praksiser de allerede kjenner fra egen arbeidshverdag. Dette innebærer at eksamensformen i mindre grad legger til rette for direkte organisatoriske endringer som en del av studieløpet, men i større grad understøtter individuell læring, begrepsforståelse og refleksjon rundt lederrollen.

5.3 Refleksjon

Refleksjonspraksis er et sentralt element i alle de tre utdanningene. Handelshøyskolen BI benytter flere pedagogiske grep for å utvikle deltakernes refleksjonsevne. Diskusjonsoppgaver brukes aktivt i undervisningssamlingene, og både diskusjonsgrupper og sitteplasser roteres jevnlig for å stimulere til erfaringsdeling og gode faglige samtaler. Dette bidrar til at deltakerne blir kjent med hverandre, på tvers av arbeidssteder og profesjonsbakgrunn. I tillegg utarbeider deltakerne refleksjonsnotater knyttet til temaene i undervisningen. I Helseledelse organiseres dette gjennom læringsgrupper, der deltakerne deler refleksjonsnotater og gir hverandre tilbakemeldinger.



Figur 5: Refleksjonspraksis

Deltakerne opplever gjennomgående at disse pedagogiske grepene har vært nyttige, selv om enkelte peker på at det kan oppleves som noe krevende å dele personlige refleksjoner i plenum. Spørreundersøkelsen viser også at deltakerne selv vurderer at de har utviklet egen refleksjonspraksis gjennom studiet (se Figur 5). Over tre fjerdedeler av deltakerne i alle de tre utdanningene svarer «helt enig» eller «delvis enig» på påstanden «jeg har utviklet egen refleksjonspraksis gjennom ulike pedagogiske grep». For Lederkurs for kommunehelsetjenesten er denne andelen om lag 90%.

Flere deltakere viser i intervjuer til at utviklingen av refleksjonspraksis har hatt stor betydning for dem i lederrollen. Refleksjon foregår hovedsakelig gjennom muntlig egenrefleksjon, mens enkelte også benytter refleksjonsdagbok. Videre har flere deltakere tatt refleksjonspraksisen med seg inn i egen organisasjon. Eksempler som trekkes frem er systematisk bruk av refleksjon i personalmøter, ukentlige lederrefleksjoner, etiske lederrefleksjoner samt egenrefleksjon.

5.4 Nettverksbygging

Deltakerne fremhever nettverksbygging som et sentralt utbytte av utdanningene. Det legges til rette for dette i undervisningssamlingene gjennom blant annet gruppe- og plenumsdiskusjoner, der gruppesammensetningen roteres kontinuerlig for å stimulere til nye relasjoner og erfaringsutveksling. Nettverkene oppleves som særlig verdifulle for deltakere fra små fagmiljøer i mindre kommuner, hvor mulighetene for faglig sparring i det daglige kan være begrenset.

I tillegg arrangerer Handelshøyskolen BI årlige alumninettverkssamlinger, der tidligere deltakere inviteres til faglig påfyll, sosiale aktiviteter og videre nettverksbygging. Handelshøyskolen BIs egne deltakerevaluering viser også at deltakerne i stor grad opplever at studiet legger godt til rette for nettverksbygging. På en skala fra 1 til 7, der 7 tilsvarer «i svært stor grad», gir deltakerne i Ledelse av tjenesteutvikling en gjennomsnittsskår på 6,3, mens deltakerne i Lederkurs for kommunehelsetjenesten gir 5,8. For Helseledelse varierer vurderingene noe mellom klassene, med skårer fra 5,7 til 6,8.

5.5 Om pensum og pedagogisk tilnærming

Evalueringen av pensum og pedagogisk tilnærming bygger på gjennomgang av pensumlister og studiebeskrivelser på Handelshøyskolen BI sine nettsider, samt intervju med BI. Grunnlaget omfatter både overordnede beskrivelser av studiene og læringsmål og pensum for de enkelte emnene. Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling består

av seks tematiske samlinger med egne pensumlister, mens det nettbaserte Lederkurs for kommunehelsetjenesten har syv kortere samlinger uten avgrenset pensum per samling.

Pensum i Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling består av et bredt utvalg forskningsartikler og kapitler fra fagbøker innen ledelse og organisasjonsteori, ofte med en tydelig anvendt profil. Litteraturen knytter teoretiske perspektiver til praktiske utfordringer innen ledelse og tjenesteutvikling, og samsvarer godt med studienes emnebeskrivelser og pedagogiske mål. Lederkurs for kommunehelsetjenesten skiller seg ut ved å ha et mer avgrenset pensum bestående av to bøker, én om ledelse og organisasjonsteori og én om psykologisk trygghet.

Pensum i Helseledelse for studieåret 25–26 er uendret fra året før, og tidligere evalueringer er derfor fortsatt relevante. Det ble blant annet pekt på begrenset innslag av direkte helseledelse og behovet for bedre balanse mellom praksisnær og forskningsbasert litteratur. BI har opplyst at pensum fastsettes i februar før høstsemesteret, og kunne derfor ikke revideres i lys av fjorårets rapport.

I Ledelse av tjenesteutvikling er fire emner noe revidert og to vesentlig revidert. Endringene samsvarer godt med tidligere evalueringer, blant annet gjennom økt vekt på metode, analytisk-kritiske perspektiver og tydeligere kobling til helseledelse, særlig i emne 1, 3 og 4.

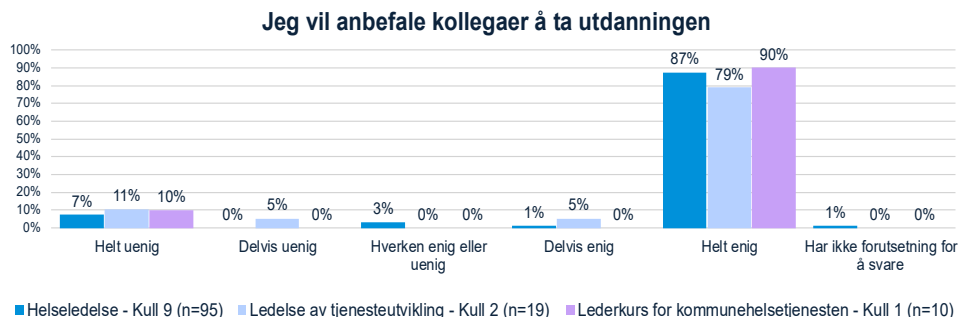
Samlet sett er pensum i stor grad praksisnært, noe studentene opplever som relevant. Samtidig kan dette gå på bekostning av analytisk, kritisk og metodisk kompetanse, som også er viktig i lederrollen og i arbeidet med fordypningsoppgaver.

Lederkurs for kommunehelsetjenesten skiller seg også fra de øvrige utdanningene ved å være nettbasert. Dette gir økt fleksibilitet, men kan utfordre læringsmiljø og samhandling. BI har derfor valgt å starte med en todagers fysisk samling, noe studentene fremhever som viktig for videre samarbeid og gode gruppeprosesser.

5.6 Deltakerne mener utdanningene møter et viktig behov i tjenestene

Samtlige deltakere svarer i intervju bekreftende til spørsmål om utdanningene leverer kunnskap som er viktig for tjenestene. Flere trekker frem som poeng at ledelse er et emne som i liten grad dekkes i helsefagutdanninger, og at utdanningene har gitt dem ny og viktig kunnskap om både personalledelse og om organisering og utvikling av tjenester.

Som Figur 6 viser vil de fleste deltakerne anbefale utdanningen til sine kollegaer. Andelen som svarer «helt enig» på påstanden «Jeg vil anbefale kollegaer å ta utdanningen» er 90% i Lederkurs for kommunehelsetjenesten, 87% i Helseledelse og 79% i Ledelse av tjenesteutvikling.



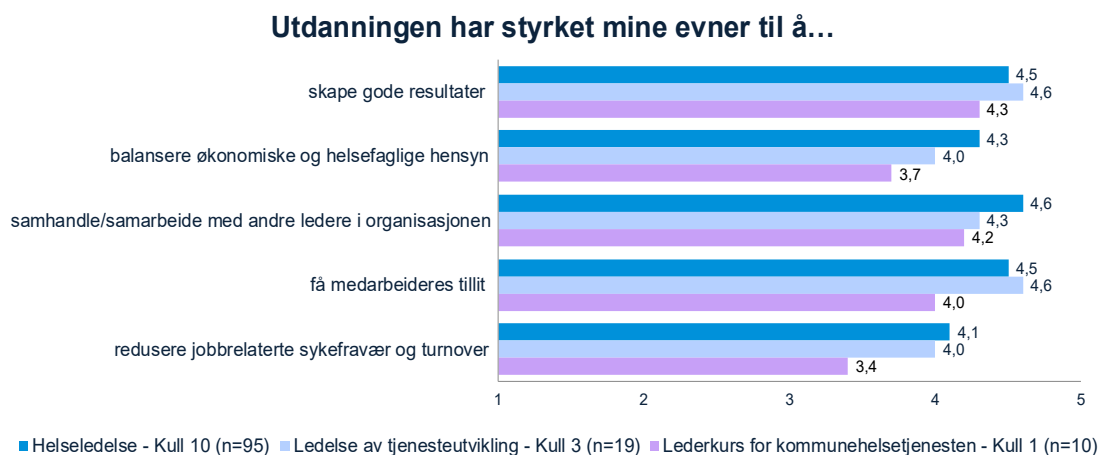
Figur 6 Anbefaling av studiet

6. Nærmere om ledernes egenutvikling

Lederutdanningene har bidratt til å styrke deltakernes utvikling som ledere i primærhelsetjenesten. Funnene peker særlig på økt trygghet i lederrollen, bedre lederferdigheter og kommunikasjonskompetanse, samt en mer helhetlig forståelse av organisering, styring og krysspress i primærhelsetjenesten.

6.1 Lederferdigheter

Spørreundersøkelsen viser at utdanningene har bidratt til å styrke deltakernes lederferdigheter. Deltakerne ble bedt om å ta stilling til en rekke påstander om i hvilken grad utdanningen har styrket deres evner innen ulike temaer (Figur 7). Gjennomsnittsskåren for Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling innenfor samtlige temaer ligger over 4. For Lederkurs for kommunehelsetjenesten er det noe større variasjon i vurderingene. Her har påstandene «balansere økonomiske og helsefaglige hensyn» og «reducere jobbrelatert sykefravær og turnover» en gjennomsnittsskår under 4.



Figur 7 Vurdering av egne lederferdigheter.

I intervjuene fremheves det at utdanningene har bidratt til å gi lederne et språk og et begrepsapparat som tas med tilbake til arbeidsplassen. Videre beskrives en bredere og mer helhetlig forståelse av primærhelsetjenesten, som gjør det lettere å manøvrere og utøve styring både oppover og nedover i organisasjonen. Betydningen av psykologisk trygghet trekkes også frem, ved at lederne blir tryggere i utøvelsen av lederrollen.

Spørreundersøkelsen viser også at utdanningene har bidratt til å styrke deltakernes kommunikasjonsferdigheter (Figur 8). Det er små forskjeller i vurderingene på tvers av påstandene blant deltakerne i Helseledelse og Lederkurs for kommunehelsetjenesten. For Ledelse av tjenesteutvikling er det noe større variasjon i svarene. Den høyeste gjennomsnittsskåren knytter seg til påstanden «lytte til medarbeidere og gi dem mulighet til å påvirke egen arbeidshverdag» (4,9), mens den laveste skåren gjelder påstanden «forebygge, avverge og håndtere konflikter mellom medarbeidere» (4,0).

PROSJEKTOPPGAVE 1 - samhandling innenfor rusforebyggende arbeid for ungdom

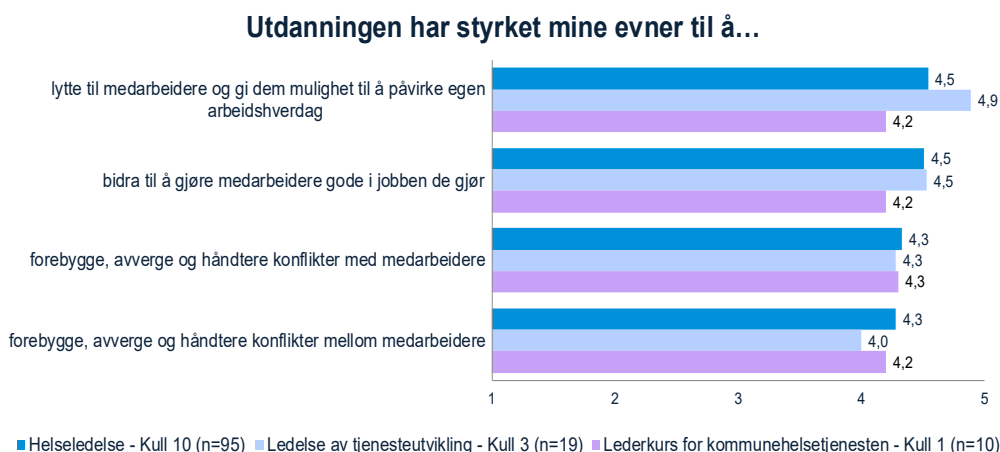
Prosjektoppgaven er skrevet av en deltaker fra Ledelse av tjenesteutvikling. Deltakeren arbeider i en stor kommune. Utviklingsprosjektet utforsker hvordan kommunen kan styrke samhandlingen mellom ulike tjenesteaktører for å sikre mer treffsikre tilbud til ungdom med begynnende eller identifiserte rusutfordringer. Utviklingsarbeidet avdekket fragmentering, siloer og forskjeller i oppfølgingen mellom ulike tjenester. Ved hjelp av Step Up som metodisk rammeverk har utfordringsbildet blitt kartlagt, tjenestereiser analysert og gevinster vurdert. Funnene viser et tydelig behov for en mer samordnet inngang, mer kunnskapsbasert kartlegging og bedre tverrfaglig vurdering for å sikre rett hjelp til rett tid.

Gjennom innsiktsarbeidet ble to alternative inntaksmodeller utviklet:

- Inntaksmodell (alle henvendelser vurderes tverrfaglig i et felles inntak)
- Kartleggingsmodell (lavterskeltjeneste kartlegger, og psykolog vurderer forløp).

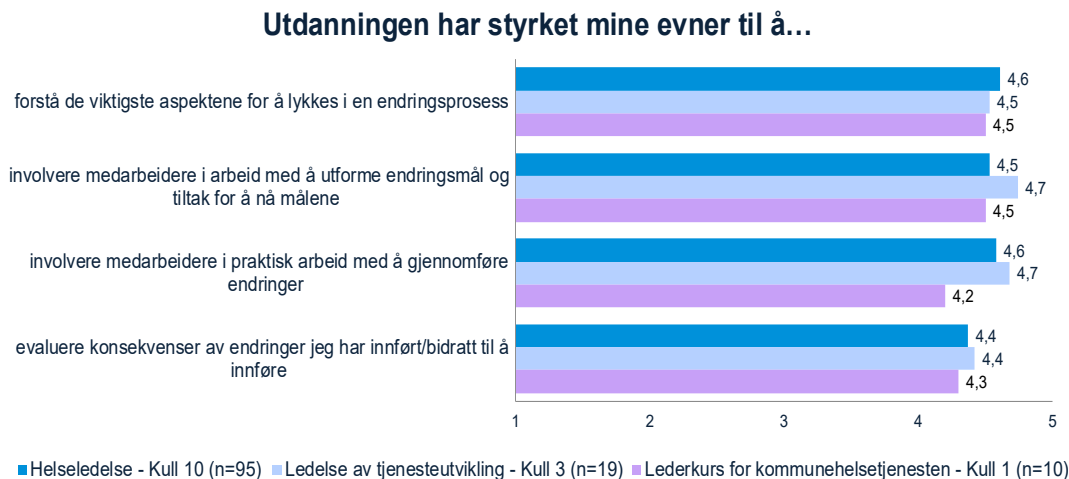
Begge modellene viste betydelig potensial, men også risiko. Det ble derfor besluttet å pilotere deler av begge modellene for å få reell innsikt om ytelse og gevinster. Kommunen har i perioden etter gjennomføring av prosjektoppgaven fortsatt å jobbe med utvikling av ny organisering av tjenestene. Deltaker forteller at metodikken har ført til en bedre definisjon av problemet og utvikling av mer treffsikre tiltak.

Tekstboks 1 – Prosjektoppgave: Samhandling innenfor rusforebyggende arbeid for ungdom.



Figur 8: Vurdering av egen kommunikasjonsferdighet.

Deltakerne vurderer videre at utdanningene har bidratt til å styrke deres evner til å lede endringsprosesser (Figur 9). Det er små forskjeller både mellom de ulike påstandene og «delvis enig» på disse spørsmålene, mellom de tre utdanningene. Samlet sett svarer de fleste deltakerne «helt enig» eller «delvis enig» på disse spørsmålene.



Figur 9: Endringsledelse.

PROSJEKTOPPGAVE 2 - pårørendesamarbeid i hjemmetjenesten

Prosjektoppgaven er skrevet av to deltakere fra to mindre kommuner i Helseledelse. Utviklingsprosjektet undersøker hva som skal til for å skape et godt samarbeid mellom hjemmetjenesten og pårørende. Gjennom et aksjons-forskningsprosjekt med fire forsøk hvor intervjuer, fokusgrupper og praktiske utprøvinger av småskrittforbedringer ble benyttet belyser oppgaven hvordan kommunikasjon, organisering og teknologi påvirker kvaliteten på samarbeidet.

Funnene viser at godt pårørendesamarbeid fordrer relasjonell trygghet, organisatorisk tydelighet og tidlig og tydelig dialog med pårørende. Primærkontaktrollen identifiseres som et nøkkelpunkt for kontinuitet og relasjonsbygging. Samtidig oppleves rollen å være utydelig, nedprioritert og ulikt praktisert. Prosjektet konkluderer med at et godt pårørendesamarbeid forutsetter en kombinasjon av relasjonell kompetanse, organisatorisk tydelighet og smart bruk av teknologi. Tidlig involvering, felles forståelse av roller, tydelig informasjon, aktiv primærkontakt og tilgjengelige kommunikasjonskanaler er sentrale suksessfaktorer.

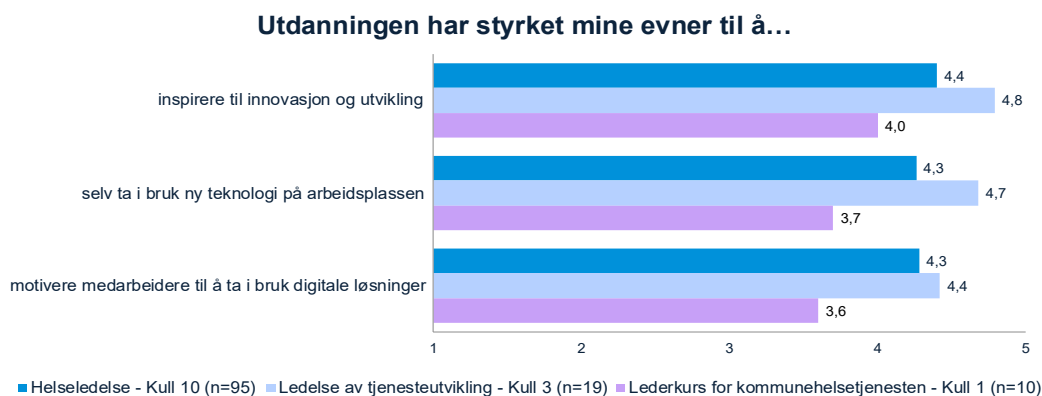
Gjennom involvering av ansatte i forbedringsarbeidet lyktes prosjektet med å forenkle rutiner, styrke forståelsen av rollen og etablere mer struktur i oppstartsprosesser. Samtidig viser oppgaven at digitale verktøy som DigiHelse kan styrke samhandlingen. Digital dialog gir pårørende større kontroll, lavere terskel for kontakt og bedre oversikt over tjenester og avtaler.

Tekstboks 2 – Prosjektoppgave: Pårørendesamarbeid i hjemmetjenesten.

I intervjuene gir lederne uttrykk for økt bevissthet rundt involvering av medarbeidere, både i det daglige arbeidet og i omstillings- og endringsprosesser. Flere beskriver at de legger mer bevisst til rette for at medarbeiderne skal ta større plass, samtidig som de selv har inntatt en mer lyttende rolle.

Deltakerne i Lederkurs for kommunehelsetjenesten har gjennomført en personlighetstest (360-evaluering), noe som trekkes frem som verdifullt for dypere innsikt i egne styrker og utviklingsområder som leder. En deltaker fra et av de øvrige utdanningene gir uttrykk for at denne savnet et slikt element i denne utdanningen.

Spørreundersøkelsen viser videre at det er forskjeller mellom hvordan deltakerne fra de tre utdanningene vurderer at utdanningen har styrket deres evner innen innovasjon og teknologi (Figur 10). Deltakerne i Ledelse av tjenesteutvikling, som har et tydelig innovasjonsfokus, rapporterer gjennomgående høyest gjennomsnittsskårer (intervall 4,4–4,8). Deltakerne i Lederkurs for kommunehelsetjenesten, som er mindre omfattende, rapporterer lavest skårer (intervall 3,6–4,0), mens deltakerne i Helseledelse plasserer seg mellom de øvrige utdanningene (intervall 4,3–4,4).



Figur 10 Innovasjon og teknologi

I intervjuene gir deltakerne også konkrete eksempler på hvordan teknologi er tatt i bruk i egen virksomhet. Dette omfatter blant annet bruk av simulering, digitale verktøy for tjenesteutvikling og implementering av nye systemer som for eksempel DigiHelse for å styrke kommunikasjon og samhandling med pårørende. Innovasjon og teknologi i

PROSJEKTOPPGAVE 3 - Beholde nyrekruttede og erfarent helsepersonell i tjenestene

Prosjektoppgaven er skrevet av to deltakere fra Helseledelse. Deltakeren arbeider i en mellomstor kommune. Utviklingsprosjektet undersøker hvordan kommunen kan styrke sin evne til å beholde nyrekruttede og erfarne helsearbeidere i en tid preget av økende konkurranse om arbeidskraft, demografisk press og et krevende arbeidsmarked. Oppgaven setter særlig søkelys på arbeidsmiljø, psykologisk trygghet, organisasjonskultur, mestringsorientert ledelse og strukturerte prosesser for onboarding som sentrale faktorer for stabilitet og retensjon. Det teoretiske rammeverket bygger på sentral ledelses- og organisasjonsforskning og knytter dette til kommunens praksis.

Oppgaven kartlegger utfordringsbildet gjennom intervjuer, en Mentimeter-undersøkelse og utprøving av en mentorordning for nyansatte. Prosjektoppgaven konkluderer med at struktur, forutsigbarhet og relasjonell støtte er avgjørende for å beholde helsepersonell. Det er nødvendig med reelle, gjennomførte og koordinerte onboarding-prosesser. Psykologisk trygghet, tydelig og mestringsorientert ledelse og styrket struktur for mottak av nyansatte trekkes frem som særlig viktig. Videre peker funnene på behovet for bedre introduksjonsprogrammer, fleksible turnusordninger, karriereutviklingsmuligheter og en mer profesjonalisert rekrutteringsprosess.

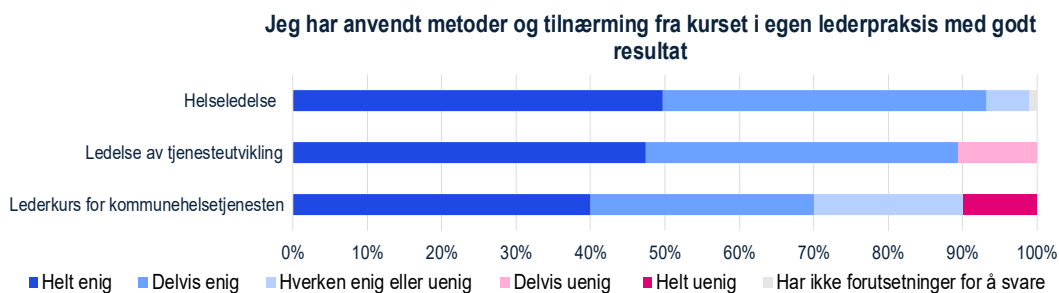
Gjennomføringen av mentorordningen har gitt umiddelbare effekter for både nyansatte, eksisterende ansatte og ledelse gjennom bedre integrering, raskere trygghet og økt refleksjon. Det har også ført til konkrete endringer i praksis, som en mer systematisk og godt forankret onboardingsprosess. Samtidig vises det til at det er vanskelig å si noe om langtidseffekten. Oppgaven viser til at det er nødvendige å evaluere tiltakene over tid for å sikre ønsket effekt og kontinuerlig forbedring.

Tekstboks 3 – Prosjektoppgave: Beholde nyrekruttede og erfarent helsepersonell i tjenestene.

kontekst av pårørendesamarbeid var et sentralt tema i en av prosjektoppgavene (Prosjektoppgave 2).

6.2 Metoder og tilnærming

Spørreundersøkelsen viser at mange av deltakerne har tatt i bruk metoder og tilnærminger fra utdanningene i egen lederpraksis (Figur 11). Innen Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling oppgir henholdsvis 93% og 89% at de er «helt enig» eller «delvis enig» i at de har anvendt metoder og tilnærminger fra utdanningen i egen lederpraksis med godt resultat. For Lederkurs for kommunehelsetjenesten er tilsvarende



Figur 11: Anvendelse av metoder og tilnærming.

andel 70%. Denne forskjellen er ikke overaskende med tanke på at sistnevnte utdanning har et betydelig mindre omfang.

Intervjuer og spørreundersøkelsens åpne svar gir utfyllende informasjon om hvordan deltakerne har anvendt metoder og tilnærminger fra utdanningene i egen lederpraksis. For Helseledelse viser deltakerne blant annet til bedre tilnærminger for ivaretagelse av arbeidsmiljøet og psykologisk trygghet i personalgruppen. Flere trekker frem at systemet #Råbra har blitt implementert for å understøtte dette arbeidet. Videre beskriver deltakerne at de opplever de nå leverer tydeligere ledelse, med økt selvtillit og en mer bevisst rolleforståelse og forbedret dialog med de ansatte.

Innen Ledelse av tjenesteutvikling viser deltakerne til bruk av konkrete tjenesteutviklingsmetoder, som tjenestereiser og Step Up, i kombinasjon med strukturerte prosessverktøy

Hjemmeeksamen - Omorganiseringsprosess

Oppgaven er skrevet av en deltaker fra Lederkurs for kommunehelsetjenesten. Deltakeren arbeider i en stor kommune. Oppgaven beskriver en gjennomført omorganiseringsprosess i kommunens tildelingskontor. Denne ble gjennomført på bakgrunn av ressursknapphet, innsparingskrav og behov for bedre pasientflyt. Virksomheten var organisert etter tradisjonelle diagnosebaserte team, men økt arbeidsbelastning, mange overliggerdøgn og betydelige budsjettavvik gjorde det nødvendig å utvikle en mer fleksibel og bærekraftig organisasjonsmodell.

Gjennom en bred og inkluderende endringsprosess ble virksomheten delt i to nye avdelinger for henholdsvis korte saker og pasientflyt og langsiktige og komplekse saker. Distriktsteam, faste møter og vaktordninger ble avvirket for å frigjøre tid, tydeliggjøre roller og sikre bedre prioriteringskriterier. Saksbehandlere ble plassert fysisk på korttidsinstitusjonene for å sikre riktige vedtak, tett dialog med helsepersonell og pårørende, og kontinuerlig oppdaterte vurderinger av videre omsorgsnivå.

Omorganiseringen gav raskt resultater. Overliggerdøgn ble redusert med 45 % på vel et år, tilsvarende over fire millioner kroner og frigjorte årsverk. En sentral suksessfaktor var systematisk arbeid med psykologisk trygghet. Klare rammer, felles morgenmøter, åpen dialog og responderende ledelse bidro til å skape engasjement og trygghet i en fase preget av usikkerhet. Lederen brukte aktivt prinsipper fra transformasjonsledelse og «tre om dagen» – balansen mellom endrings-, oppgave- og relasjonsorientert ledelse – for å skape retning, forankring og tillit. Tildelingskontoret har utviklet en mer fleksibel, effektiv og bærekraftig organisasjon med bedre prioritering, forbedret pasientflyt, større faglig robusthet og et tryggere arbeidsmiljø.

Tekstboks 4 - Hjemmeeksamen: Omorganiseringsprosess.

(se, for eksempel, Prosjektoppgave 4). Det er videre implementert teknologiske løsninger for å understøtte tjenesteutviklingsarbeidet. Deltakerne peker også på økt systematikk innen kommunikasjon, møteledelse, arbeidsmiljø og psykologisk trygghet.

Deltakere av Lederkurs for kommunehelsetjenesten forteller at utdanningen har bidratt til bedre strukturer for arbeid med arbeidsmiljø, psykologisk trygghet og ytringsklima. I tillegg tilrettelegger det for mer hensiktsmessige tilnærminger til forankring av nye tiltak og endringer i personalgruppen.

6.3 Systemledelse

Deltakerne i Helseledelse opplever i større grad enn deltakerne i Ledelse av tjenesteutvikling og Lederkurs for kommunehelsetjenesten at utdanningen har styrket deres evner knyttet til strategisk utviklingsarbeid (figur 12). Både Ledelse av tjenesteutvikling og Lederkurs for kommunehelsetjenesten har lavest gjennomsnittsskår på påstanden «arbeide systematisk med internkontroll».



Figur 12: Utviklingsarbeid.

PROSJEKTOPPGAVE 4 – pårørendestøtte i fremtidens helse og omsorgstjenester

Oppgaven er skrevet av to deltakere fra to kommuner i Ledelse av tjenesteutvikling. Deltakerne arbeider i henholdsvis en stor og en mellomstor kommune. Prosjektoppgaven undersøker hvordan kommunene kan tilby fleksible, bærekraftige og treffsikre tjenester til pårørende i møte med økende etterspørsel og knappere ressurser. Gjennom Step Up-metodikken og kvalitative intervjuer med fagpersoner og pårørende identifiseres et gap mellom pårørendes faktiske behov og det eksisterende tjenestetilbudet. Pårørende uttrykker generelt tilfredshet når tjenester først er i gang, men opplever veien frem dit som byråkratisk og uforutsigbar. Manglende informasjon, omstendelige søknadsprosesser og mangel på individuelt tilpassede tjenester trekkes frem som sentrale utfordringer.

Analysen peker på at tidlig og strukturert støtte er avgjørende for å skape mestring, redusere belastning og forebygge behov for mer omfattende tjenester senere. Pårørende har også et tydelig behov for å forstå rettigheter, muligheter og koordineringen mellom ulike tjenesteaktører. To løsninger ble vurdert gjennom gevinstavtrykk og samskaping med ansatte:

- Oppstartsmøte for foreldre til barn med ny diagnose – et felles informasjons- og veiledningstiltak tidlig i forløpet.
- Nytt søknadsskjema for pårørendestøtte – bedre struktur, presisering av kriterier og tydeligere forventningsavklaring.

Begge alternativer viste gevinstpotensial, men oppstartsmøtet ble valgt som den foretrukne løsningen. Tiltaket vurderes å gi størst bruker- og organisatorisk nytte ved å tilby tidlig, tilpasset og forståelig informasjon, styrke dialogen, mobilisere nettverk og legge grunnlag for riktig tjeneste til rett tid. Konklusjonen er at tjenestene står overfor et økende press, men også et stort mulighetsrom. Ved å strukturere den første kontakten med pårørende og satse på tidlig, målrettet informasjon kan både kvalitet og ressursbruk forbedres. Oppstartsmøtet kan bidra til å mobilisere brukerens nettverk, samtidig som pårørende får tydelig informasjon om tilbud, tjenester og rettigheter. Dette tilrettelegger også for riktige tjenester til rett tid.

Tekstboks 5 – Prosjektoppgave Pårørendestøtte i fremtidens helse- og omsorgstjenester.

Deltakere gir i intervjuene uttrykk for at utdanningene har bidratt til å gjøre lederne bedre rustet til å gjennomføre utviklingsarbeid og endringsprosesser. Økt forståelse for hvorfor endringer er nødvendige, samt bedre støtte, involvering og forankring i personalgruppen, trekkes frem som særlig viktige bidrag. Lederne beskriver også at de har fått bedre forutsetninger for å planlegge og gjennomføre slike prosesser (se, for eksempel, Prosjektoppgave 1). De kan også organisere tjenestene og personalgruppene mer hensiktsmessig.

Videre har flere av prosjektoppgavene, og oppfølging av disse omhandlet utviklingsarbeid av betydning for arbeidsgiver. Temaene inkluderer blant annet pårørendesamarbeid, tjenestesamarbeid, tvang, kompetanseutvikling og rekruttering. En kommune trekker frem at utdanningen har bidratt til å systematisere og etablere et opplæringssystem i hjerte- og lungeredning for kommunens ansatte, utviklet og gjennomført i regi av en av deltakerne.

6.4 Forståelse av helsetjenestenes organisering og håndtering av krysspress

Deltakerne opplever at utdanningen i stor grad har bidratt til å styrke deres organisatoriske forståelse (Figur 13). I intervjuer peker deltakerne på at utdanningene har vært viktig for å sette dem bedre i stand til å håndtere krysspresset mellom forventninger oppover i organisasjonen knyttet til økonomiske rammer, og forventninger nedover knyttet til faglig kvalitet i tjenestene. Et sentralt poeng er at deltakerne har utviklet et felles språk som gjør denne kommunikasjonen tydeligere og mer forståelig. Videre har deltakernes forståelse for primærhelsetjenesten og de ulike aktørenes roller økt. De har også fått innsikt i verktøy og teknikker for å arbeide mer systematisk med organisasjonskultur, som har blitt tatt i bruk i egen organisasjon.



Figur 14: Organisasjon.

Deltakerne opplever gjennomgående at utdanningen har styrket deres samarbeidsevner, både med andre helse- og omsorgstjenester, andre sektorer, brukere og pårørende (Figur 14). Samtidig har Ledelse av tjenesteutvikling noe høyere gjennomsnitt på flere av påstandene, særlig knyttet til samarbeid med brukere og pårørende. Lederkurs for kommunehelsetjenesten skårer noe lavere på påstanden «legge til rette for samarbeid med aktører utenfor sektoren» (gjennomsnittsverdi 3.1, som tilsvarer hverken enig eller uenig).



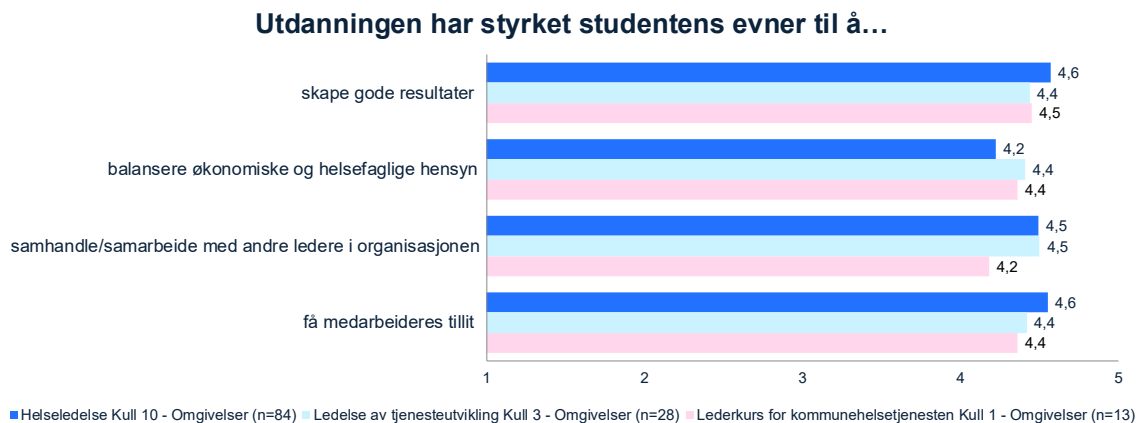
Figur 13: Eksternt samarbeid

7. Virkning arbeidsplass

Deltakerne rapporterer tydelige forbedringer i arbeidsmiljø, tjenestekvalitet og driftseffektivitet etter gjennomført lederutdanning. Mange har redusert sykefravær betydelig gjennom bedre oppfølging av ansatte, tydeligere ledelse og mer systematisk arbeid med konflikthåndtering og møteplasser. Utdanningene har også styrket ledernes evne til å drive endringsprosesser, noe som har resultert i mer effektive arbeidsformer, nye tjenesteløsninger og dokumenterbare gevinster – blant annet digitaliseringstiltak som frigjør ressurser, reduserer klager og gir mer treffsikre tjenester. Disse virkningene gir målbare resultater som foreslår at utdanningene gir gevinster som kan være betydelig høyere enn kostnaden av utdanningene.

7.1 Ledere og medarbeideres oppfatninger om deltakernes utvikling

Deltakernes medarbeidere og egne ledere opplever at utdanningen har styrket deltakernes lederkompetanse. Dette vises både i kollegaenes svar på spørreundersøkelsen (se Figur 15 nedenfor) og tilbakemeldinger i intervju. Det er ingen vesentlige forskjeller i spørreundersøkelsen svar fra omgivelsene mellom de forskjellige utdanningene. Dette støtter opp om funnene fra spørreundersøkelsen til deltakerne. Så selv om den nettbaserte utdanningen består kun av fem studiepoeng, og den har kun en fysisk samling, sammenlignet med seks fysiske samlinger for Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling, så viser funnene tydelig at også den nettbaserte utdanningen har observerbare effekter i deres lederroller.



Figur 15: Observasjoner fra ansatte, kollegaer og ledere av deltakerne

En gjennomgående tilbakemelding i intervjuer og fra åpne spørsmål i spørreundersøkelsen er at deltakerne har blitt tryggere i lederrollen, mer oppmerksomme og støttende i oppfølgingen av ansatte. En ansatt av en deltaker i den nettbaserte utdanningen kommenterer at deltakeren nå har fått et nytt og egnet språk for jobben han utøver. En annen ansatt bemerker at lederen nå ikke er så stresset når ting dukker opp, og har en roligere fremtoning i møte med vanskelige ting på jobben.

«[Deltakeren] har skapt økt bevissthet blant oss ansatte om viktighet av positivitet, hverdagsglede, se det gode vi gjør, ikke grave oss ned i alt som er negativt (som det vanligvis er lettere å se og snakke om), hva gjør vi som virker og hva kan endres.»

- Ansatt av deltaker i Helseledelse

Omgivelsene observerer også at mange av deltakerne har tilegnet seg kunnskap og verktøy for gjennomføring av endringsprosesser og utvikling av nye og mer effektive måter å levere tjenester på. En overordnet beskriver hvordan deltakeren nå er strukturert i analyse av problemer, innsamling av data, og i skissering og implementering av løsninger.

«Deltakeren har gjennomført omorganisering på god en god måte. Dette er den eneste gangen jeg har vært med på en omorganisering der de ansatte har forstått hvorfor behov for det. Vi har ikke vært redd for endring og har hatt mer trygghet i prosessen.»

- Ansatt av deltaker i nettbasert utdanning kommunehelsetjeneste

7.2 Eksempler på konkrete virkninger

I fjorårets rapport observerte vi at deltakere og omgivelse ga flere eksempler på konkrete virkninger som inkluderte bedre arbeidsmiljø og i flere tilfeller lavere sykefravær, samt nye løsninger med mer effektiv tjenestelevering. Dette er tema som vi har fulgt opp i mer detalj i årets evaluering. Som en del av dette har vi fulgt opp eksempler dekket i forrige års rapport, i tillegg til at vi har gitt dette mer oppmerksomhet i intervjuer med deltakere i siste års utdanninger. Først ser vi på resultater rundt reduksjon av sykefravær, og så på utvikling av mer effektive metoder for tjenestelevering.

7.2.1 Sykefravær

Flere av deltakerne vi intervjuet meldte at de hadde lyktes i vesentlige reduksjoner i sykefraværet i enhetene de hadde ansvar for. Åtte deltakere nevnte at de allerede kunne se vesentlige nedganger i sykefraværet. Følgende eksempel løftes fram:

- En deltaker i Helseledelse, som er enhetsleder for et bo- og behandlingshjem i en liten kommune, forteller en lignende historie om hvordan utdanningen har hjulpet henne å forberede avdelingsmøter med bedre struktur, hvor utfordringer kan løftes opp og hvor medarbeidere har psykologisk trygghet til å reflektere. Sykefraværet i **hennes avdeling har gått ned fra over 20% til under 2%**. Hun forklarer dette med at hun nå tør å ta vanskelige ting opp, følger mer opp, inkludert med NAV.
- En deltaker i Ledelse av tjenesteutvikling fra en mellomstor kommune forteller om hvordan utdanningen har gitt henne mer faglig tyngde når det gjelder ledelse og hvordan få med seg medarbeidere i arbeidsprosesser. I løpet av året under og etter utdanningen har **sykefraværet i avdelingen hun leder gått ned fra 18% til 9%**. Hun forklarer denne halvingen i sykefraværet med bedre tilstedeværelse, gode møter, styrket kommunikasjon og at de nå snakker mer med hverandre.
- En annen deltaker fra Ledelse av tjenesteutvikling fra en stor kommune rapporterer om en markant nedgang i sykefravær som har bidratt til **en halvering av overtidsbruk**. Dette er i stor grad knyttet til oppfølging av ressurser og prosesser som har ført til dårlig arbeidsmiljø. Lederen brukte verktøy og kunnskap fra utdanningen til å sette mer definerte prosesser for oppfølging av observerte og rapporterte konflikter. Dette har gitt økt trygghet for medarbeidere med ansvarsvakt, med mindre personalslitasje og mindre sykefravær og overtidsbruk.

Gjennomgående forklarte de nedgangen i sykefravær med at de hadde utviklet lederegenskaper og lært teknikker som gjorde dem i stand til å ta bedre vare på ansatte. Følgende tema går igjen:

Deltakerne ble bevisste i oppfølgingen av ansatte. De «lytter mer» og har endret måten de legger fram ting «for å flere på lag». De oppsøker ansatte oftere og finner «flere møtepunkter i hverdagen. En leder forteller at utdanningen har hjulpet han til å så «hvordan min adferd påvirker andre». Tettere oppfølging og tidligere fangst av problemer gir raskere avklaringer. For mange arbeidsplasser er dette direkte knyttet til lavere sykefravær.

Deltakerne iverksetter systemer for mer systematiske oppfølging av ansatte. Dette inkluderer tilrettelegging av faste møter for å sikre at tema det kan være misnøye eller

bekymringer rundt, som for eksempel omstillingsprosesser, og mulige personalkonflikter fanges opp og blir fulgt opp tidligere. Flere deltakere melder også at de nå bruker verktøy fra utdanningen i vanskelige samtaler.

Deltakerne har blitt tryggere i lederrollen. En ansatt av en deltaker sier at lederen nå «tar tak i ting som uro i personalet», og at han har «blitt modigere og tryggere» i arbeidet med omorganisering. Økt trygghet, spesielt under endringsprosesser, skaper mindre uro og redusert stress.

7.2.2 Utvikling av løsninger for mer effektiv tjenestelevering

Evalueringen viser at deltakerne i siste års utdanning har arbeidet systematisk med å utvikle nye og mer hensiktsmessige løsninger i tjenestene, både gjennom prosjektoppgaver, refleksjonsarbeid og forbedringsprosesser i egne enheter. Arbeidet har resultert i tydeligere strukturer for oppgaveløsning, mer målrettede arbeidsprosesser og praksiser som legger til rette for bedre koordinering og mer konsistente tjenester. Utdanningene har også bidratt til at flere enheter tar i bruk etablerte metoder for tjenesteutvikling, involvering og analyse, og at det utvikles lokale forbedringer, pilotprosjekter og nye samarbeidsformer. Samlet sett viser funnene at deltakerne i økende grad anvender kunnskapen fra studiene til å styrke kommunenes evne til å utvikle tjenester som er bedre tilpasset behovene og mer effektive i gjennomføring. Følgende eksempler er fra siste års kull:

- Deltakere fra Helseledelse i en mellomstor kommune utviklet rutine for mottak og oppfølging av nyansatte. De hadde erfart utfordringer i hvordan nye medarbeidere ble fulgt opp, med til tider uforutsigbar opplæring og rolleavklaring. Med bruk av verktøy fra utdanningen utarbeidet og etablerte de en tydelig struktur i mottak av nyansatte med forventningsavklaringer, definerte opplæringsløp og tettere lederoppfølging de første månedene. Ledere rapporterer at nyansatte har fått mye raskere fotfeste, og at ledere selv opplever å ha bedre kontroll på prosessen. «Vi gikk fra ad-hoc løsninger til en mer systematisk måte å ta imot og beholde nye ansatte på» (se også Prosjektoppgave 3).
- En deltaker fra Helseledelse i en mellomstor kommune er leder i en legevakt med nattavdeling, og tilhørende Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) som brukes mye til psykiatripasienter. Problemstillingen i prosjektoppgaven var å redusere bruk av tvang. Basert på metoder presentert i utdanningen, ble medarbeidere involvert til å gjøre enkle endringer i arbeidet med pasientene. Resultatet av dette arbeidet var en klar nedgang i bruken av tvang, fra 37% i 2024 til 15% i 2025.
- Deltakere fra Ledelse av tjenesteutvikling i en stor kommune utviklet rutiner for involvering av foreldre med nydiagnostiserte barn med nedsattfunksjonsevne. Metode fra utdanningen ble brukt til å hente inn erfaringer fra ansatte og pårørende om hvordan tjenesteforløpet ble opplevd, hvilke tjenester og ressurser kommunen kunne levere, og hvordan pårørende kunne involveres. Dette har bidratt til å oppklare misforståelser og kimer til misnøye, og både ansatte og pårørende har følt seg mer involvert i hvordan tjenestene organiseres og leveres. «Vi har fått et helt annet grep om helheten i tjenesteforløpet. Det gir bedre kvalitet i oppfølgingen.»
- Deltaker fra Ledelse av tjenesteutvikling i en stor kommune brukte verktøy fra utdanningen i utviklingen av ny organisering av arbeidet med ungdom med rusutfordringer. Dette sikret tydeligere definisjon av utfordringen før utarbeidelse av plan og tiltak, mer datadrevet prioritering av tiltak for en mer strukturert tilnærming av utviklingen av organiseringen av tjenestene. Deltakeren mente at dette førte til en bedre og mer treffsikker prosess: «Metodikken gjorde det mye lettere å definere hva som faktisk var problemet, og vi fikk mer treffsikre tiltak ... Det ble en helt annen involvering i avdelingen – folk opplevde at de ble lyttet til og at endringer ble gjort mer systematisk.» Brukerevalueringer fra foreldre viser en høy grad av tilfredshet med tjenestene.

I årets rapport har vi også fulgt opp løsninger som ble utviklet av deltakere i årskullene dekket av fjorårets rapport. To eksempler viser betydelige dokumenterbare besparelser:

- En deltaker i Helseledelse fra en stor kommune utviklet en digitalt ammekurs. Ideen for kurset kom gjennom en workshop med deltakere fra flere kommuner, som var en del av prosjektoppgaven i utdanningen. Gjennom det digitale kurset når de nå flere brukere, med mindre ressursbruk. Antall klager på tjenesten har gått vesentlig ned. Samtidig har de spart omtrent et halvt årsverk, som tilsvarer utgifter på ca. 600,000 for kommunen.
- En deltaker i Ledelse av tjenesteutvikling fra en stor kommune utviklet et nytt tjenstedesign for barsel- og foreldregrupper som en del av sin prosjektoppgave. En nøkkelkomponent i den nye løsningen var systematisk involvering av frivillig sektor, som tidligere kun hadde vært tilkoblet på en ad hoc basis. Som deltakeren forklarte: «Vi oppdaget at vi ikke tilbød likeverdige tjenester – nå får alle gruppetilbud.» Gjennom prosjektarbeidet ble frivillige aktører trukket inn i et strukturert samarbeid med helsestasjonen, blant annet i arbeid med foreldregrupper, partner- og fedregrupper, samt nettverkstiltak i kvinnehelsehuset. Frivillig sektor ble en kritisk ressurs for både tjenestekvaliteten og forebyggingsarbeidet. Gjennom tettere samarbeid fikk tjenesten tilgang på kompetanse og kapasitet som den ellers ikke hadde. Resultatet som sees et år etter at denne løsningen kom på plass er en reduksjon i ekstra-konsultasjoner fra 3,000 til 2,000, som delvis kan forklares med et mer treffsikkert tjenstedesign gjennom brukerstemmer og frivillig kompetanse. Foreldre før støtte tidligere, med et lavterskeltilbud som fanger opp familier før situasjoner eskalerer. Deltakeren mener det er sannsynlig at dette har bidratt til at færre saker har utviklet seg til behov for tiltak fra barnevernet. Med en kostnad som kan nå en million per barn, vil dette ha medført betydelige besparelser.

En deltaker fra 2024 kullet beskriver utdanningens styrke at den gir deltakerne verktøy som gjør de i stand til å utvikle løsninger fra «fra gulvet», og skape nye strukturer i stedet for å ansette flere. Videre at å arbeide aktivt med å skape løsninger med medarbeidere, i stedet for «å få dem servert», skaper eierskap og lokalt forankrede forbedringer

7.2.3 Erfaringer fra Lederkurs for kommunehelsetjenesten

De konkrete eksemplene nevnt ovenfor er alle fra Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling. Den sannsynligvis viktigste årsaken til det er at den nettbaserte utdanningen ikke inkluderer en praktisk prosjektoppgave hvor deltakerne gjennomfører et eksperiment, eller tiltak, i sine arbeidsplasser hvor de prøver ut verktøy eller metoder fra utdanningen. I stedet leverer de en hjemmeeksamen, hvor de bruker tidligere erfaringer for å diskutere teori fra utdanningen, som derfor ikke direkte demonstrerer virkninger fra utdanningen. Samtidig viser intervjuer med deltakere og deres omgivelser tydelige positive effekter i arbeidsplassen, uten at dette (enda) er knyttet til målbare tall.

- **Styrket personalledelse** gjennom mer bevisst oppfølging av personalet med bedre dialog, trygghet og støtte på arbeidsplassen. Deltakere og omgivelser beskriver at deltakerne nå står stødigere i lederrollen, spesielt ved utfordrende situasjoner og konflikter.
- **Mer innovasjon og styrking av tjenesteutvikling** gjennom en bedre forståelse av prinsipper og metoder for tjenesteutvikling og bruk av konkrete verktøy i arbeidshverdagen. Dette inkluderer bedre involvering og samhandling i endringsprosesser.

Deltakerne opplevde at utdanningen var nyttig fordi den ga dem konkrete, anvendbare verktøy som kunne tas direkte inn i arbeidshverdagen, samt et tydelig språk for psykologisk trygghet og relasjons- og endringsledelse. De trakk også frem at den praktiske og kortfattede oppbygningen gjorde det enkelt å omsette teori til handling i møter, personaloppfølging og endringsarbeid. I tillegg lærte de strukturerte metoder for involvering og dialog som førte til bedre prosesser og mer deltakelse i egne team. Til sammen gjorde dette at deltakerne raskt kunne skape synlige forbedringer i arbeidsmiljø,

kommunikasjon og kvalitet i tjenestene. Det er også verdt å bemerke at en stor andel av de som har tatt den nettbaserte utdanningen har siden gått videre til å ta et av helårsstudiene.

8. Oppsummering

Evalueringen viser at lederutdanningene holder høy kvalitet og oppleves som relevante og praksisnære av deltakerne. Utdanningene bidrar til konkrete forbedringer i ledernes arbeidshverdag. Mulige forbedringspunkter er knyttet til dekning av økonomiske og juridiske aspekter av utdanningen og ønsker om mer differensiering i forhold til deltakernes situasjon. På bakgrunn av årets funn legges det opp til å undersøke effekten av utdanningene enda grundigere i neste års evaluering, inkludert hvilke elementer som gir størst nytte og hvordan læringsutbyttet kan styrkes ytterligere. Det er liten tvil om at utdanningene er en svært god samfunnsøkonomisk investering.

8.1 Overordnet konklusjon

Evalueringen viser at lederutdanningene har styrket deltakernes kompetanse som ledere. Deltakerne rapporterer at de står tryggere i lederrollen, noe som bekreftes av deres ansatte, kolleger og egne ledere. Funn fra tidligere års evalueringer om at deltakerne er gjennomgående svært fornøyde med kvaliteten av utdanningene bekreftes i årets evaluering. På tvers av utdanningene fremstår undervisningsmodellen, med en kombinasjon av teori, refleksjon, eksempler fra arbeidsplassene og arbeid med reelle problemstillinger, som en bærebjelke for forbedringene som deltakerne beskriver. Utdanningen beskrives som praksisnær hvor teori brukes til å gi deltakerne konkrete verktøy og metoder som raskt kan anvendes i egen organisasjon.

Følgende punkter løftes særskilt frem:

- **Vektleggingen av psykologisk trygghet** i ledelse og oppfølging av ansatte har gitt deltakerne innsikt i hvordan de påvirker arbeidshverdagen til ansatte og kolleger. Flere deltakere beskriver hvordan dette har bidratt til at de har endret hvordan de, blant annet, tilrettelegger møter, følger opp ansatte og forholder seg til konflikter på arbeidsplassen.
- **Praktiske verktøy og metoder for utvikling og endringsarbeid.** Utdanningene har styrket deltakernes evne til analyse, prioritering og gjennomføring av endringer. Ikke minst, hvordan de gjennom involvering av medarbeidere i endringsprosesser kan legge til rette for gode faglige innspill, forankre endringsprosesser, og bygge på eksisterende styrker. Samtidig legger deltakerne bedre til rette for ivaretagelsen av de ansattes psykologiske trygghet i krevende endringsprosesser. Flere deltakere beskriver hvordan de i stedet for å beslutte en løsning tidlig i endringsløpet, nå har antatt en mer eksperimentell tilnærming til tjenesteutvikling og hvordan dette har bidratt til å finne bedre løsninger og samtidig sikre en trygghet i organisasjonen.
- **Nettverksbygging og erfaringsdeling** beskrives som et verdifullt resultat av utdanningene. Deltakerne setter pris på å ha etablert kontakt med kolleger som står i de samme utfordringene som de selv. Særlig deltakere i mindre kommuner verdsetter å ha blitt en del av et større fagmiljø. Etablering av nye kontakter er en bevisst komponent av utdanningens innretning. Deltakerne beskriver hvordan de «tvinges» til å sitte med, og jobbe med andre deltakere som de ikke kjenner fra før, og hvordan foreleserne også bruker dette til å modellere psykologisk trygghet.
- **Refleksjonspraksis** fremheves av flere deltakere som et verdifullt utbytte av utdanningen. De beskriver hvordan de har innført refleksjon som en del av møter i arbeidsplassen og / eller hvordan de nå setter av tid til egenrefleksjon og

hvordan det har gjort dem mer oppmerksomme på hvordan de som ledere påvirker de rundt seg.

Deltakerne har gitt flere eksempler på hvordan utdanningene har bidratt til en rekke positive virkninger i arbeidsplassene deres. Det gis en rekke eksempler på vesentlig nedgang i sykefravær og vikarbruk i deltakernes avdelinger i perioden etter utdanningen. Dette har bidratt til betydelig besparelser og bedre kvalitet tjenester. En rekke eksempler gis også av hvordan deltakerne har utviklet nye løsninger for tjenestelevering, som for eksempel digitale ammekurs og tettere samarbeid med frivillig sektor, med betydelige dokumenterte kostnadsbesparelser.

8.2 Den nettbaserte utdanningen

Årets evaluering er den første som dekker en av de nettbaserte utdanningene - Lederkurs for kommunehelsetjenesten. Selv om denne utdanningen har bare fem studiepoeng og en fysisk samling, sammenlignet med 30 studiepoeng og seks fysiske samlinger for Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling, så viser både spørreundersøkelsen og intervju at deltakerne opplever vesentlig utbytte fra utdanningene. I likhet med deltakerne fra de mer omfattende utdanningene, verdsetter deltakerne utdanningens vektlegging av psykologisk trygghet og relasjons- og endringsorientert ledelse, som de umiddelbart kunne bruke i møter og medarbeidersamtaler. Utdanningen ble beskrevet som kompakt, praktisk og tett på arbeidshverdagen, med konkrete eksempler og verktøy som gjorde det lett å overføre læringen direkte til egen tjeneste.

Intervjuer viser at den nettbaserte utdanningen oppleves som en effektiv måte å styrke lederkompetansen på gjennom en grunnleggende introduksjon til ledelse. Dette fremheves som særlig viktig for ledere som ikke har anledning til å gjennomføre den mer omfattende Nasjonal lederutdanning. Kommuneøkonomi, arbeidspress og familiesituasjon trekkes her frem som forhold som kan vanskeliggjøre deltakelse på Nasjonal lederutdanning. På denne måten bidrar utdanningen til å nå og inkludere en større andel av ledere i primærhelsetjenesten. Det vektlegges også at det nettbaserte opplegget tilrettelegger for at flere ledere kan ta del i utdanningstilbudet, sett i lys av begrensninger i antall plasser på den fysiske organiserte Nasjonal lederutdanning.

Deltakerne fremhevet at de korte, fokuserte modulene og den tydelige strukturen gjorde dem mer reflekterte og tryggere i lederrollen, samtidig som metoder for involvering og dialog ga bedre prosesser på arbeidsplassen. Den innledende samlingen på to sammenhengende dager bidro til å etablere trygghet og gjøre læringsutbyttet større, noe som igjen økte motivasjonen for å bruke verktøyene aktivt i jobben.

Flere av deltakerne i den nettbaserte utdanningen har gått videre til å ta en av de større modulene. De beskriver hvordan den mindre nettbaserte modulen har gjort dem oppmerksomme på verdien av denne typen lederutdanning. Dette er også en kursmodell som utvides. Vårsemesteret 2026 er det ett pågående kurs for Lederkurs for kommunehelsetjenesten, og ett for Lederkurs for allmennleger. Disse vil dekkes av neste års evaluering.

8.3 Observerte forbedringspunkter

Selv om deltakerne gjennomgående er svært fornøyde med utdanningene, peker både spørreundersøkelsene og intervjuene på noen konkrete forbedringsområder for Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling.

Forelesninger

I 2025 evalueringen noterte vi som mulige forbedringspunkter at deltakerne hadde delte meninger om relevansen av de økonomi-relaterte forelesningene. Dette var også et tilbakevendende tema i årets evaluering. Det er ansvarsvariasjon mellom deltakerne. Noen har full økonomiramme, mens andre forvalter primært stillinger, ikke driftsmidler. Deltakere som ikke har økonomiansvar, mente at disse forelesningene hadde begrenset relevans for dem. I den sammenheng ytres det ønskes om skalering av økonomiforelesningene etter lederroller, for eksempel ved å skille tydeligere mellom

emner for virksomhetsledere og mellomledere. Deltakerne ser nytten av å forstå «økonomispråket» og grunnleggende prioriteringslogikk, men opplever samtidig at forelesningene er for lite konkret om kommuneøkonomi. Videre opplever noen mellomledere med begrenset budsjettansvar at en del av eksemplene å være fjerne fra deres arbeidshverdag. Flere ytrer ønske om mer konkrete økonomiske eksempler fra kommunal sektor, for eksempel i forbindelse med omstilling eller tjenesteomlegging.

Som i fjorårets evaluering, savnet også flere deltakere dekning av juridiske aspekter ved HR. Emner som ble fremhevet inkluderer ønsker om en vinkling mot HMS-bevissthet knyttet til tjenesteutvikling opp mot lovverk og regler, samt GDPR hensyn knyttet til digitalisering.

Økonomi og juridiske faktorer var de tema som ble fremhevet oftest som områder deltakerne så hadde rom for forbedring. Det er ingen forandring i så måte fra forrige års evaluering, og dette er vel også en refleksjon av at det ikke har vært noen endringer i pensum fra det tidligere år.

Prosjektoppgaver

Innen Helseledelse og Ledelse av tjenesteutvikling er veiledning og støtte til prosjektarbeidet et sentralt tema. Mange deltakere opplever veiledningen som tilgjengelig og engasjert, men etterlyser samtidig mer systematisk og tidligere støtte i prosjektarbeidet. Her trekkes særlig tidligere og tydeligere introduksjon til prosjektoppgaven samt mer veiledning i tidlig fase frem. I tillegg ytres det ønsker om mer konkret støtte i akademiske verktøy, inkludert referansehåndtering (Zotero, APA), problemformulering og metodevalg. Samtidig er det betydelig variasjon mellom tilbakemeldinger som kan reflektere både ulike behov for veiledning mellom deltakere, og ulike tilnærminger fra forskjellige forelesere.

Deltakerne beskriver prosjektoppgaven som et viktig utviklingsverktøy – men også som sårbar for manglende forankring. Eksemplene spriker fra kommuner hvor prosjektet er tydelig forankret i virksomhetsplan, budsjett og lederteam, til tilfeller der prosjektet i praksis blir et «isolert studentprosjekt». Flere deltakere foreslår at Handelshøyskolen BI – i samarbeid med oppdragsgiver – i større grad

- tydeliggjør forventninger om forankring i relevante planer og på riktig ledernivå, for å øke sannsynligheten for implementering etter studiet.
- gir noen enkle verktøy/maler for å avklare mandat, interessenter og gevinstmål tidlig i prosjektløpet.

Markedsføring

Et annet forbedringsområde er markedsføringen av utdanningene, spesielt i den nettbaserte. Rekrutteringen til utdanningene fremstår fremdeles som litt tilfeldig, og i høy grad ved «word of mouth», det vil si at de fleste deltakerne først hører om utdanningen fra kolleger som har tatt den tidligere. Vi mener det er rom for å øke interessen for utdanningene ved mer målrettet og treffsikker publisering enn dagens ordning. Det kan videre være interessant å utforske om det er mulig å utvide tilbudte plasser. De nettbaserte utdanningene, for eksempel, har i dag relativt små klasser på litt over 20 deltakere, som er under halvparten av størrelsen på de helårige utdanningene. Vi mener det ville være en god investering å øke inntaket ved alle utdanningene dekket av denne evalueringen.

8.4 Konklusjon og planer for neste års evaluering

Funn og analyser i årets evaluering speiler funnene fra 2025 evalueringen – Handelshøyskolen BI leverer en høy-kvalitet utdanning som treffer et markert behov hos ledere og mellomledere i kommunale helsetjenester. Samtlige ledere vi har intervjuet forteller at de har kommet ut av utdanningen med kunnskap som hjelper dem stå tryggere i lederrollen i krevende situasjoner. I fjorårets rapport ga vi noen eksempler på konkrete forbedringer i arbeidsplassen som deltakerne hadde oppnådd som resultat av kunnskap

de hadde tilegnet seg fra utdanningene. I årets rapport har vi gått mer i detalj av konkrete tilfeller, og har også tilgjengelig dokumentasjon på flere av de anonymiserte tilfellene av hvor deltakere har oppnådd vesentlig reduksjon i sykefravær, eller utviklet forbedrede tjenesteløsninger som har bidratt til sparte kostnader. Dette er et område hvor vi planlegger å fokusere ytterligere på i neste års evaluering.

En fordel med denne typen evaluering som går over tid, er muligheten til å følge opp og dokumentere langtidsvirkninger. Endringer i tjenestedesign og måten man innretter arbeidet på i en enhet er komplekse prosesser. Vi planlegger derfor å fortsette å følge opp interessante saker fra de første to evalueringene i neste års evaluering. Dette kan også ha verdi utover det å måle effekten av utdanningene som sådan, ved å bruke sakene for å illustrere god praksis som kan brukes som modeller av andre som jobber i lignende situasjoner.

Dokumentasjon av hvordan deltakere i lederutdanningene har evnet å oppnå forbedring i kvalitet og / eller vesentlige kostnadsbesparelser, med mer detaljerte beskrivelser av hvordan dette er oppnådd, kan ha betydelig overføringsverdi for tjenestene. Det kan også styrke kunnskapsgrunnlaget for den videre utviklingen av utdanningene. Det er liten tvil om at disse utdanningene er svært gode investeringer for å møte utfordringene i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Dette er utfordringer som forventes å bli stadig mer krevende i årene som kommer.



Kontakt oss



Lars Torgersen

Engasjementspartner / Executive director

Tlf: +47 40 63 92 71

Lars.torgersen@kpmg.no



Geir Sundet

Prosjektleder / Director

Tlf: +47 40 63 30 78

Geir.sundet@kpmg.no