

Evaluering Nasjonalt topplederprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten

En evaluering på vegne av de regionale helseforetakene og KS



Foto: Istock

Av Erland Skogli, Kari Rolfsjord, Caroline Nguyen Halvorsen og Thea Lyse Sævik

Menon-publikasjon Nr. 176

2025

Forord

På oppdrag for Kommunesektorens organisasjon (KS) og de regionale helseforetakene har Menon Economics gjennomført en evaluering av Nasjonalt topplederprogram (NTLP). Evalueringen har hatt som formål å vurdere programmets relevans, implementering og effekter, samt å gi anbefalinger for videre utvikling.

Ansvarlig for prosjektet hos Menon har vært partner Erland Skogli. Caroline Nguyen Halvorsen og Kari Rolfsjord har vært prosjektledere. Thea Lyse har vært prosjektmedarbeider. Kaja Høiseth-Gilje har vært kvalitetssikrer.

Vi takker KS og helseforetakene for et spennende oppdrag, og vi retter også en takk til alle intervjuobjekter og deltakere som har bidratt med innsikt underveis i prosessen. Menon står ansvarlig for alt innhold i rapporten

Oktober 2025

Erland Skogli
Prosjektansvarlig
Menon Economics

Oktober 2025

Kari Rolfsjord
Prosjektleder
Menon Economics

Om Menon Economics

Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked.

Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt.

Om KS og de regionale helseforetakene

KS (Kommunesektorens organisasjon) og de regionale helseforetakene (RHF-ene) er oppdragsgivere for det Nasjonale topplederprogrammet (NTLP) ved Handelshøyskolen BI, og er også oppdragsgivere for denne evalueringsrapporten

KS er interesse- og arbeidsgiverorganisasjonen for kommuner og fylkeskommuner i Norge, og arbeider for å styrke lokaldemokratiet, utvikle velferdstjenester og fremme god ledelse i offentlig sektor. RHF-ene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester i sine regioner og bidra til strategisk utvikling av helsetjenesten nasjonalt.

Gjennom topplederprogrammet samarbeider KS og RHF-ene om å styrke ledelseskompentansen og samhandlingen på tvers av nivåene i helse- og omsorgssektoren.

Innhold

Sammendrag	5
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Om evalueringen	8
1.3 Leserveiledning	8
2 Om Nasjonalt topplederprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten	9
2.1 Styring og organisering av Nasjonalt topplederprogram	9
2.2 Målsetninger og målgruppe	9
2.3 Opptaksprosess	12
2.4 Programstruktur	12
2.5 Samlingene	13
2.6 Utviklingsprosjektene	14
2.7 Topplederverkstedet	15
2.8 Alumninettverket	15
3 Metodisk tilnærming og datainnsamling	16
3.1 OECD-modellen som rammeverk for evalueringen	16
3.2 Kirkpatrick-modellen	16
3.3 Metodetriangulering i datainnsamlingen	17
4 Relevans	20
4.1 Behov og motivasjon for å delta	20
4.2 Vurdering av faglig relevans og læringsaktiviteter	21
4.3 Addisjonalitet	24
4.4 Er programmet relevant for å oppnå målene som er satt?	25
5 Effektivitet	29
5.1 Rekruttering og organisering av NTL	29
5.2 Gjennomføring av NTL	30
6 Effekt	35
6.1 Hva menes med effekt i denne sammenheng	35
6.2 Nivå 1 - Hvordan reagerte deltakerne på programmet og oppleves det relevant?	36
6.3 Nivå 2 – Hva har deltakerne lært og hvordan har programmet påvirket deres kompetanse?	36
6.4 Nivå 3 – Hvordan har deltakernes arbeid og ledelsesatferd endret seg etter programmet?	40
6.5 Nivå 4 – Hvilken merverdi har programmet gitt på organisatorisk og strukturelt nivå i egen organisasjon?	42
6.6 Nivå 4 – Hvilken merverdi har programmet gitt på organisatorisk og strukturelt nivå utenfor egen organisasjon?	44
6.7 Oppsummering av effekter	48
7 Dypdykk i fire utviklingsprosjekt	50
7.1 Samhandling til beste for pasienten og samfunnet	50
7.2 Samarbeid mellom sykehus og kommuner om rekrutteringsutfordringer	52
7.3 Digital FACT - by og land, hand i hand	54
7.4 Samhandling rundt akutte helsetjenester for skrøpelige eldre	56
7.5 Oppsummering	57
8 Oppsummering	59
8.1 Hovedfunn	59
8.2 Forslag til videreutvikling av programmet	60

Referanser	62
9 Vedlegg 1 Mer om datainnsamlingen	63
9.1 Om spørreundersøkelsen	63
9.2 Seleksjon av utviklingsprosjektene	67

Sammendrag

Menon Economics har på oppdrag fra Kommunesektorens interesseorganisasjon (KS) og de regionale helseforetakene (RHF-ene) gjennomført en evaluering av Nasjonalt topplederprogram (NTLP) for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Programmet ble etablert som et felles initiativ for å styrke ledelse på tvers av forvaltningsnivåer i helse- og omsorgstjenesten, med en særlig målsetning om å bidra til bedre samhandling på tvers av sektorene. NTLP er rettet mot ledere på strategisk nivå i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Formålet med evalueringen har vært å vurdere programmets relevans, implementering og effekter, samt å gi anbefalinger for videreutvikling av studieprogrammet.

NTLP kombinerer formidling av teoretisk kunnskap med refleksjon og praktisk utviklingsarbeid. Programmet er bygget opp rundt to hovedspor, ledelse og samhandling, som gjensidig skal bidra til å utvikle ledelseskompetanse og styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene. Programmet består hovedsakelig av seks samlinger, topplederverksted som trenings- og refleksjonsarena for personlig lederutvikling, og et utviklingsprosjekt der deltakerne settes sammen i grupper på fire for å arbeide med konkrete samhandlingsutfordringer i helsesektoren gjennom hele studieprogrammet.

Datainnsamlingen danner et solid grunnlag for evalueringen

Evalueringen bygger på OECDs evalueringsrammeverk, og vurderer programmet ut fra kriteriene relevans, effektivitet og effekt. Datagrunnlaget omfatter en spørreundersøkelse blant tidligere deltakere, dybdeintervjuer med oppdragsgivere, fagansvarlige og tidligere deltakere, samt dypdykk av utvalgte utviklingsprosjekter fra programmet. Det ble også gjennomført en workshop med tidligere deltakere for å drøfte funn og videreutvikling av programmet. Det samlede datamaterialet danner et solid grunnlag for evalueringen, og det vurderes som tilstrekkelig for å gi et representativt bilde av programmet og dets resultater.

BI leverer et faglig og administrativt solid, og relevant program med høy deltakertilfredshet

Deltakerne uttrykker gjennomgående stor tilfredshet med Handelshøyskolen BI (BI) som faglig ansvarlig institusjon, både i vurderinger av det teoretiske innholdet, kvaliteten på foreleserne og den praktiske tilretteleggingen. Også den administrative oppfølgingen underveis i programmet trekkes frem som profesjonell og velfungerende.

Et stort flertall av deltakerne vurderer programmet som både relevant og nyttig, og over 80 prosent mener at samhandlingsutfordringer adresseres på en god måte. Deltakerne fremhever at programmet kombinerer teori og praksis på en god måte og gir verdifulle arenaer for refleksjon og erfaringsdeling på tvers av sektorer.

Programmet bidrar til økt trygghet i lederrollen og bedre forutsetninger for samhandling i helsetjenesten

Når det gjelder effekter knyttet til ledelse, viser evalueringen at programmet i stor grad har styrket tryggheten i lederrollen, økt refleksjonsevnen og gitt deltakerne et mer helhetlig perspektiv på helsetjenestens kompleksitet. Flere beskriver en utvikling i egen lederstil, preget av større grad av lytting og relasjonsorientert ledelse. Topplederverkstedet trekkes særlig frem som en verdifull læringsarena der deltakere får mulighet til å utforske egen lederrolle i møte med konkrete utfordringer og god personlig oppfølging. Effektene er tydeligst på individnivå, men flere organisasjoner har også hatt nytte av kompetansen gjennom konkrete forbedringsprosjekter og mer strukturert samarbeid på tvers av nivåer og enheter. Samtidig viser evalueringen at strukturelle rammebetingelser i helsetjenesten, som styringslinjer, finansieringssystemer og uklar ansvarsdeling, i noen grad begrenser muligheten til å omsette den opparbeidede kompetansen og de verktøyene for

ledelse programmet gir, fullt ut i praksis. Evalueringen viser videre at programmet har hatt god effekt på deltakernes forståelse og bevissthet knyttet til samhandling. Mange beskriver at programmet har bidratt til å bygge tillit og et felles språk mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og at de i etterkant samarbeider mer målrettet og har lavere terskel for å delta i samhandlingsprosjekter både innenfor og utenfor egen organisasjon.

Utviklingsprosjektene bidrar til læring og styrker forståelse for samhandling, men implementeringen er begrenset i praksis

Utviklingsprosjektene har særlig hatt som formål å styrke samhandlingen gjennom praktisk prosjektarbeid, der deltakerne anvender teori og verktøy fra programmet på reelle samhandlingsutfordringer. Evalueringen viser at samhandlingseffektene fra utviklingsprosjektene varierer betydelig mellom deltakere og organisasjoner. Mens noen har lyktes i å etablere varige samarbeidsformer og nye rutiner for koordinering, har andre i mindre grad klart å omsette læringen til varige endringer i praksis. Variasjonen henger ofte sammen med graden av institusjonell forankring og i hvilken grad arbeidsgiver legger til rette for at erfaringene fra programmet kan tas i bruk. I flere tilfeller beskrives samhandlingsgevinstene som personavhengige, der relasjoner og initiativ svekkes når enkeltpersoner skifter stilling eller får nye ansvarsområder. Flere deltakere peker også på at det ikke følger økonomiske ressurser med utviklingsprosjektene, og at deltakerne i stor grad må finne tid og midler til gjennomføringen selv. Dette begrenser muligheten til å videreføre eller skalere prosjektene etter endt program.

NTLP lykkes i å styrke ledelses- og samhandlingskompetanse på individnivå, samtidig som tverrsektorielle systemeffekter begrenses av forhold som ligger utenfor NTLPs kontroll

Samlet sett konkluderer evalueringen med at NTLP har vært svært vellykket i å styrke ledelseskompetanse og samhandlingskultur i norsk helseforvaltning. Samtidig peker flere deltakere også på at grunnleggende rammebetingelser i helsesektoren begrenser muligheten til å realisere potensialet for bedre samhandling. Ulike finansieringssystemer, styringslinjer og manglende felles måleparametere mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten gjør det krevende å etablere felles mål og prioritere tverrgående initiativer. Evalueringen indikerer dermed at NTLP i hovedsak lykkes med å styrke samhandlingskompetanse på individnivå, men at den organisatoriske og systemiske effekten ofte begrenses av forhold som ligger utenfor studieprogrammets virkeområde.

Evalueringen legger frem fem forslag til videreutvikling av programmet

Evalueringen peker på fem områder som kan bidra til å videreutvikle programmet. For det første bør målhierarkiet tydeliggjøres, særlig når det gjelder balansen mellom programmets rolle som et personlig ledelsesutviklingsprogram og som et samhandlingsprogram. En klarere forståelse av denne doble målsettingen vil bidra til å styrke både faglig retning og forventningsavklaring mellom KS, RHF-ene, BI og deltakerens arbeidsgiver. I forlengelsen av dette anbefales det også å tydeliggjøre forventningene til utviklingsprosjektene og vurdere hvordan disse kan støttes bedre med ressurser og oppfølging, slik at potensialet for implementering og skalering styrkes. Videre anbefales det også å vurdere og tydeliggjøre programmets målgruppe og formål, og se på hvorvidt NTLP primært skal forstås som et topplederprogram rettet mot strategisk ledelse, eller som et bredere ledelsesprogram for utvikling av ledere som på ulike nivåer jobber med samhandlingstematikk. I tillegg foreslås det å se nærmere på finansieringsmodellen for rekruttering av deltakere fra kommunal helse- og omsorgstjeneste, der begrensede ressurser ofte utgjør en barriere for deltakelse. Til slutt fremheves behovet for å knytte programmet tettere til nasjonale og regionale initiativer, særlig helsefellesskapene, for å sikre at lederutviklingen får direkte betydning for samhandling og tjenesteutvikling i praksis.

1 Innledning

Samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har i flere tiår vært en av de mest vedvarende utfordringene i norsk helseforvaltning. Til tross for Samhandlingsreformen og senere politiske initiativ, preges tjenestene fortsatt av ulike styringslinjer, kulturer og rammebetingelser som gjør helhetlige pasientforløp vanskelig å realisere. Nasjonalt topplederprogram er etablert som et strategisk virkemiddel for å blant annet styrke lederes evne til å bygge bro mellom nivåene i helsetjenesten. Denne evalueringen skal gi innsikt i hvordan programmet bidrar til bedre samhandling og danne grunnlag for videreutvikling av programmet mot 2026.

1.1 Bakgrunn

Samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har vært et vedvarende politisk og organisatorisk tema i norsk helseforvaltning. På tross av ambisjonene i Samhandlingsreformen fra 2012, har flere utredninger vist at mange av de sentrale utfordringene fortsatt er de samme. Helsedirektoratet har for eksempel uttalt at «mangel på helhetlige pasientforløp er en alvorlig systemsvikt som svekker kvalitet og pasientsikkerhet» (Helsedirektoratet 2015). Reformens intensjon var å skape mer sammenhengende tjenester og å fremme forebygging og tidlig innsats. Likevel har måloppnåelsen vist seg krevende.

Ulikheter i styringsstruktur, ansvarslinjer og finansieringsmodeller skaper barrierer som gjør at kommune- og spesialisthelsetjenesten i praksis ofte arbeider parallelt, fremfor integrert. Kommunehelsetjenesten rapporterer fortsatt om utfordringer med mangelfull informasjon, spesielt ved overføring av utskrivningsklare pasienter, mens spesialisthelsetjenesten peker på variasjon i kommunenes kapasitet og ulik forståelse av ansvar og forventninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Helse- og omsorgsdepartementet har i flere stortingsmeldinger fremhevet behovet for felles ledelse og mer forpliktende samarbeidsstrukturer. I Meld. St. 7 (2019–2020) understrekes det at «samhandling mellom nivåene forutsetter felles mål og felles virkelighetsforståelse – og det må utvikles lederskap som fremmer dette». Samtidig fremhever departementet at helse- og omsorgstjenestene er preget av «forskjellig faglig kultur, ulik beslutningslogikk og ulike rammevilkår», som gjør samhandling krevende (HOD 2020).

Bedre samhandling i helsesektoren er også et prioritert område for dagens Støre-regjering, noe som blant annet illustreres gjennom opprettelsen av Helsereformutvalget (Regjeringen, u.d.). Utvalget skal utrede og foreslå modeller for en mer sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste. I mandatet fremheves behovet for å organisere tjenestene slik at skillelinjer og siloer reduseres, og at pasient- og brukerforløp skal oppleves mer helhetlige på tvers av nivåer og sektorer. Opprettelsen av utvalget viser at samhandling stadig er blant de mest fremtredende utfordringene i norsk helsesektor. Utvalget skal legge frem sin rapport i november 2026.

Nasjonalt topplederprogram – virkemiddel for bedre samhandling

I lys av utfordringsbildet som er beskrevet over kom det en direkte bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 om å utvikle et nasjonalt topplederprogram som en strategisk satsing for å styrke lederes forståelse og evne til samhandling. I bestillingen står det at programmet skal fungere som en brobygger på både system- og individnivå, med mål om å utvikle felles språk, felles strategisk

retning og forpliktende samarbeidskultur i helsetjenesten. Kommunesektorens organisasjon (KS), sammen med de regionale helseforetakene (RHF-ene) er prosjekteiere av programmet. Handelshøyskolen BI har vært ansvarlig for studieprogrammet siden høsten 2020. Vi vil i denne rapporten henviser til Handelshøyskolen BI ved å bruke forkortelsen BI.

1.2 Om evalueringen

For å vurdere i hvilken grad programmet når sine mål og for å forberede en ny anbudsprosess for videreføring i 2026, har Menon Economics gjennomført en ekstern evaluering av Nasjonalt topplederprogram på vegne av KS og RHF-ene. Hovedformålet med evalueringen er å vurdere i hvilken grad programmet oppfyller målsetningene i oppdragsavtalen samt å identifisere forbedringsområder som kan styrke programmet i det videre arbeidet.

Evalueringen skal ta utgangspunkt i strategisk relevans, implementering, og endring over tid. Dette gjør vi gjennom å benytte oss av OECD sine evalueringskriterier relevans, effektivitet og effekt, i tillegg benyttes Kirckpatrick-modellen for å vurdere programmets effekt. Ved siden av dette skal evalueringen belyse i hvilken grad programmet har nådd den forventede sluttkompetansen, undersøke hvordan prosjektene kan bidra til varige forbedringer i tjenestene, og identifisere barrierer som hemmer samhandling.

1.3 Leserveiledning

Rapporten er strukturert slik at den først gir en beskrivelse av Nasjonalt topplederprogram, inkludert søknadsprosess, opptak og programstruktur slik programmet er utformet i dag. Deretter presenteres den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for evalueringen. I de påfølgende kapitlene drøftes funnene fra evalueringen med utgangspunkt tre evalueringskriterier: kapittel fire vurderer programmets relevans sett opp mot målsettingene og behovene i sektoren, kapittel fem analyserer effektiviteten i gjennomføringen og organiseringen av programmet, og kapittel seks ser nærmere på programmets effekter for deltakerne og for samhandlingen mellom tjenestenivåene. I kapittel syv presenteres fire utviklingsprosjekter gjennomført av tidligere studiedeltakere, der vi har gjennomført et dypdykk for å særlig vurdere hvilke samhandlingseffekter som oppnås gjennom disse prosjektene. Rapporten avsluttes med en oppsummering og anbefalinger for videre utvikling av programmet.

2 Om Nasjonalt topplederprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten

Nasjonalt topplederprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten har siden 2020 vært levert av Handelshøyskolen BI på oppdrag fra Kommunesektorens Organisasjon (KS) og de regionale helseforetakene (RHF-ene). Vi kommer videre i rapporten til å omtale programmet som Nasjonalt topplederprogram eller ved å bruke forkortelsen NTLP. Programmet er rettet mot toppledere fra kommunal- og spesialisthelsetjenesten, og har som hovedformål å styrke lederkompetansen og å fremme bedre samhandling i helsesektoren.

Programmet går over to semestre, og består av 30 studiepoeng på masternivå. Programmet består av seks fysiske samlinger med totalt 20 dager til sammen. Samlingene dekker temaer som ledelse og lederskap, pasient- og brukermedvirkning, identitet, kultur og endring, helseøkonomi, digitalisering, innovasjon, organisasjonsutvikling og samhandling. To læringsspor løper parallelt gjennom studieprogrammet: det ene med vekt på personlig lederutvikling gjennom topplederverkstedet, og det andre med fokus på organisasjons- og samhandlingsforståelse gjennom gruppebaserte utviklingsprosjekter.

2.1 Styring og organisering av Nasjonalt topplederprogram

Programmet eies i fellesskap av KS og de fire RHF-ene, som sammen har etablert en nasjonal styringsgruppe. Styringsgruppen har det overordnede ansvaret for programmet, og fastsetter strategisk retning, mål og prioriteringer. Gruppen har beslutningsmyndighet, godkjenner programopplegg og kull, og skal sikre nasjonal forankring og relevans i begge sektorer.

BI er programleverandør og har gjennomført programmet på oppdrag fra KS og RHF-ene siden 2019/2020. BI har det operative ansvaret og står for både faglig innhold og administrativ gjennomføring. Det innebærer å utvikle pensum, læringsmål og undervisningsformer, samt å planlegge samlinger, ivareta logistikk og følge opp deltakerne underveis.

Etter hvert kull leverer BI en årsrapport til styringsgruppen med dokumentasjon av gjennomføring, deltakerevalueringer, læringsutbytte og forslag til forbedringer.

Programmet er faglig forankret ved Institutt for strategi og entreprenørskap, og ledes av en programledelse bestående av fagansvarlige fra BI. Disse har ansvar for programinnhold, kvalitet og faglig utvikling, i samarbeid med representanter fra BI Customised Programmes, som ivaretar administrasjon, koordinering og oppfølging.

Foreleserne rekrutteres blant interne fagressurser fra BI, samt eksterne fagpersoner fra andre institusjoner med spisskompetanse innen relevante tema. Slike fagressurser bidrar med undervisning og faglige innlegg, men har ikke ansvar for programmets helhetlige innretning. I tillegg benyttes veiledere, ofte forskere eller erfarne ledere, som følger deltakere og prosjektgrupper gjennom programmet.

2.2 Målsetninger og målgruppe

I tekstboks 1 gjengis målsetningene og de strategiske føringene for programmet iht.

oppdragsavtalen, der det fremkommer at hovedmålet og dermed formålet med programmet er å bidra til at pasienten opplever en koordinert helsetjeneste uavhengig av organisasjon, nivå og finansieringsmodeller.

Programmet er rettet mot toppledere med ansvar på strategisk nivå med personal- og økonomiansvar i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at deltakerne ikke bare har ansvar for den daglige driften, men også for å sette retning, prioritere mål og fastsette rammer for virksomheten. Det tilbys om lag 40 studieplasser for toppledere hvert år og studieplassene fordeles slik at 20 av deltakere kommer fra kommunehelsetjenesten og 20 fra spesialisthelsetjenesten. Det er også spesifisert på hjemmesiden til programmet at det er en fordel om lederne som deltar kommer fra organisasjoner som har til hensikt å forbedre samhandlingen på tvers av kommunal- og spesialisthelsetjenesten (Handelshøyskolen BI, 2025).

Hovedmål:

Spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester skal ha ledere som aktivt bidrar til at pasientene opplever en koordinert helsetjeneste uavhengig av organisatoriske skiller, nivå og finansieringsmodeller. Programmet skal være et av flere tiltak for å støtte opp om pasientens helsetjeneste.

Delmål:

- Ha god forståelse for samfunnsmessige sammenhenger og benytte mulighetsrommet i helsesektoren
- Bruke og legge til rette for nye arbeidsformer, bruke teknologi og medvirke til god utnyttelse av ressurser på tvers av sektorene
- Sikre et solid og godt samarbeid om de pasientgruppene som trenger det mest – hvor integrerte helsetjenester kan utvikles og brukervedvirkning styrkes
- Ha bred kunnskap innen strategisk ledelse på tvers av profesjoner, tjenesteområder, nettverk og ulike organisasjonskulturer
- Tåle usikkerhet, håndtere kompleksitet og håndtere egne og andres reaksjoner

Strategiske føringer. Programmet skal:

- Ha en tydelig ambisjon og profil om å bidra til å utvikle ledere til lederskap i komplekse styringsstrukturer. Samarbeidet om strategisk lederskap og overordnede utviklingsarbeid basert på en forståelse om at samfunnsoppdraget gjelder hele pasientens helsetjeneste er sentralt. Det er også et mål å utdype forståelsen for ulike roller og ansvar.
- Være tett knyttet til den praktiske hverdagen gjennom refleksjon, ferdighetstrening og arbeid med reelle case på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Deltakernes egne erfaringer og utfordringer bør benyttes aktivt i programmet.
- Gi deltakerne en felles kompetanseplattform, der det skal være rom for fleksibilitet og skreddersøm ut fra deltakergruppens behov.
- Bidra til økt egenrefleksjon og kunnskap om kultur- og endringsledelse som en naturlig del av det daglige arbeidet. Det skal styrke topplederne i omskiftelige tider med store endringer og nye oppgaver med et særlig fokus på samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten – fra parter til partnere.
- Gi deltakerne mulighet til videreutvikling innen følgende tema:
 - Strategisk ledelse
 - Ledelse på tvers av profesjoner og tjenesteområder
 - Identitet og kultur
 - Innovasjon og omstilling
 - Pasient- og brukervedvirkning
 - Organisering pasientens helsetjeneste
 - Helseøkonomi og ulike finansieringssystemer.

Deltakerens nærmeste leder skal involveres både i forkant og i etterkant av programmet. Deltaker og nærmeste leder må i samarbeid bli enige om målsetningen med deltakelsen.

2.3 Opptaksprosess

Opptaket til studieprogrammet gjennomføres i samarbeid mellom KS, RHF-ene og BI. I tillegg til at det kreves at deltakerne er toppledere på strategisk nivå, må søkere ha fylt 25 år, ha fullført bachelorgrad og minst fire års relevant arbeidserfaring. Dersom man har en mastergrad er det tilstrekkelig med minst tre års arbeidserfaring, fremfor fire år. (Handelshøyskolen BI, 2025). Opptaksprosessen er todelt med en opptaksprosess for spesialisthelsetjenesten og en annen for kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har en egen prosess med rekruttering og nominasjon av kandidater gjennom RHF-ene. Mange av deltakerne blir nominert eller oppfordret til å søke av egen leder, men kan også vise interesse for å delta på eget initiativ. På BIs nettsider står det at interesserte kandidater skal ta kontakt med kontaktpersoner fra sitt RHF (Handelshøyskolen BI, 2025).

For kommunehelsetjenesten gjennomfører som oftest BI digitale kampanjer på sider som Facebook og Instagram. KS publiserer også informasjon om programmet på sin nettside og sosiale medier. I tillegg annonserer KS informasjon om programmet i Kommunal Rapport. For enkelte kull har BI forsøkt å rekruttere deltakere gjennom direkte utsendelse av e-poster til aktuelle kandidater.

På BIs nettsider står det at ledere fra kommuner først må sende inn bakgrunnsinformasjon. Dersom søkeren vurderes som aktuell opp mot deltakerkriteriene nevnt over, mottar vedkommende en lenke til det formelle søknadsskjemaet. I denne fasen skal søkeren legge ved en attest fra sin nærmeste leder som bekrefter forståelse for tidsbruken programmet krever og forventningene til faglig utvikling (Handelshøyskolen BI, 2025).

2.4 Programstruktur

Programmet starter i august/september og går over to semestre. Programmet avsluttes med en eksamen i mai/juni. Eksamen er todelt: utviklingsprosjektet, som gjennomføres i grupper, utgjør 60 prosent av totalkarakteren, mens en individuell hjemmeeksamen som går over 72 timer utgjør de resterende 40 prosentene av den endelige karakteren. Begge deler vurderer deltakernes forståelse av strategiutvikling, organisering og samspill på tvers av tjenestenivåer.

Programmet består av to parallelle læringsspor:

- Lederutvikling (personlig lederskap)
- Organisasjons-, samfunns- og samhandlingsforståelse

Begge sporene går gjennom hele studieåret og kombinerer forskningsbasert kunnskap med praktisk arbeid rettet mot utvikling av lederferdigheter, organisatorisk endring og bedre samhandling mellom tjenestenivåer (Handelshøyskolen BI, 2025). Spor 1 Lederutvikling, har hovedvekt på lederrollen, personlig utvikling og samspill med andre ledere. Dette sporet gjennomføres hovedsakelig i topplederverkstedene¹. Spor 2 fokuserer på strategiske og strukturelle sider ved ledelse i helse- og omsorgstjenesten, med vekt på hvordan ledere kan drive utvikling og forbedring på tvers av nivåer. Dette sporet dekkes gjennom utviklingsprosjektene², fellesforelesninger og arbeid mellom samlingene.

Kurset består av seks fysiske samlinger som er fordelt utover to semestre, der hver samling varer i tre til fire dager. Samling tre legges opp som en utenlandsmodul. Det legges også opp til digitale samlinger

¹ Topplederverksted er en arena der deltakere jobber med lederutvikling i mindre grupper med støtte fra veileder

² Utviklingsprosjekt er et gruppeprosjekt med to deltakere fra hver sektor, der det jobbes med samhandlingsutfordringer

mellom de fysiske samlingene. Programmet benytter en interaktiv pedagogikk der korte forelesninger er kombinert med oppgaver, refleksjonsøvelser og diskusjoner, samt erfaringsdeling i grupper og i plenum.

Figur 2-1 Programstruktur Nasjonalt topplederprogram

	Samling 1 Strategisk ledelse og strategiutvikling i helse og omsorg	Samling 2 Ledelse på tvers og organisering for samarbeid	Samling 3 Strategisk innovasjonsledelse og innovasjonsstrategi	Samling 4 Helseøkonomi, teknologi og organisasjonskulturer	Samling 5 Ledelse for implementering og kvalitet	Samling 6 Lederkommunikasjon og helhetlig styring
Spor 1: Lederutvikling	Undervisning					
	Topplederverksted					
Spor 2: Organisasjons-, samfunns- og samhandlingsforståelse	Undervisning					
	Utviklingsprosjekt					

Kilde: Handelshøyskolen BI

2.5 Samlingene

De seks samlingene dekker hele spekteret av temaer knyttet til strategisk ledelse, samhandling og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren. Samlingene bygger på hverandre, og danner en progresjon fra individuell lederutvikling til implementering av tiltak i egen organisasjon. Under oppsummeres hovedtemaene for de ulike samlingene basert på informasjon fra BI:

Samling 1. Strategisk ledelse og strategiutvikling i helse og omsorg

Den første samlingen introduserer deltakerne for ulike perspektiver på pasientens helsetjeneste og behovet for bedre samspill mellom tjenestenivåer. Samlingen markerer starten på arbeidet med utviklingsprosjektene, der prosess og arbeidsform presenteres. I tillegg etableres topplederverkstedet, som fungerer som en arena for lederutvikling og refleksjon rundt rollen som toppleder og egne utviklingsmål.

Samling 2. Ledelse på tvers og organisering for samarbeid

Den andre samlingen fokuserer på smidig, tverrfaglig og relasjonsbasert ledelse, med vekt på trening og refleksjon i grupper. Deltakerne arbeider med hvordan ledergrupper kan skape merverdi og bidra til bedre samhandling på tvers av nivåer og sektorer. Samlingen legger særlig vekt på samarbeidsfremmende organisering, samt bruk av digitale plattformer og tjenester.

Samling 3. Strategisk innovasjonsledelse og innovasjonsstrategi

Den tredje samlingen omhandler innovasjonsledelse og tjenesteutvikling på topplernivå, belyst gjennom forskning på strategisk ledelse og innovasjon. Det legges vekt på hvordan ledere kan skape engasjement og håndtere motstand i endringsprosesser. Deltakerne får videre praktisk trening i innovasjonsmetodikk og arbeider med aktuelle teknologitrender og innovasjonsmuligheter. Samlingen gjennomføres som en utenlandsmodul.

Samling 4. Helseøkonomi, teknologi og organisasjonskulturer

Den fjerde samlingen tar for seg finansieringssystemene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Her belyses hvordan finansieringsmodeller, styringssystemer og kultur virker inn på tjenesteutvikling.

Samlingen kombinerer teoretiske perspektiver med praktiske verktøy for innovasjon og forbedringsarbeid, og legger vekt på brukermedvirkning og samskaping.

Samling 5. Ledelse for implementering og kvalitet

Den femte samlingen omhandler modeller for ledelse av kvalitet, forbedring og implementering, i sammenheng med forskrift for ledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Deltakerne arbeider med hvordan de kan lede implementering av tiltak i praksis, kommunisere tydelig i endringsprosesser og skape forståelse for retning og mål. Temaer som digital transformasjon, styring og kvalitetsforbedring står sentralt, og samlingen fungerer også som en forberedelse til innlevering og presentasjon av utviklingsprosjektet.

Samling 6. Lederkommunikasjon og helhetlig styring

Den sjette og siste samlingen omhandler lederkommunikasjon og hvordan ledere kan legitimere endring overfor politiske aktører, samarbeidspartnere, ledere og medarbeidere. Makt, påvirkning og beslutninger under usikkerhet er sentrale temaer. Samlingen avsluttes med at oppdragsgiver, deltakernes ledere og øvrige interessenter inviteres til presentasjon av prosjektarbeidene, der teamene legger frem sine strategier og tiltak for samarbeidsorganisering på tvers av tjenestenivåer.

2.6 Utviklingsprosjektene

Et sentralt element i programmet er utviklingsprosjektene som deltakerne jobber kontinuerlig med gjennom hele programperioden. Disse gjennomføres i grupper på fire deltakere, bestående av to deltakere fra kommunehelsetjenesten og to fra spesialisthelsetjenesten (Handelshøyskolen BI, 2025). Utviklingsprosjektene skal ta utgangspunkt i reelle utfordringer i helsetjenesten, som samhandling, pasientflyt eller rekruttering. I tverrsektorielle grupper utvikler deltakerne brukerorienterte og forskningsbaserte løsningsforslag i samarbeid med aktører fra sektoren. Prosjektene skal resultere i tiltak eller modeller som kan implementeres i praksis og bidra til bedre samhandling mellom nivåene.

Gjennomføring av utviklingsprosjektene

På bakgrunn av årsrapporter utarbeidet av BI og gjennom intervjuer med deltakere har vi følgende forståelse for hvordan gjennomføringen av utviklingsprosjektet har foregått på tvers av kull:

Deltakerne har ved første samling fått i oppgave å undersøke i egen organisasjon om hva som kan være aktuelle utfordringer å arbeide med i utviklingsprosjektet. Under neste samling deler deltakerne sine funn med andre deltakere i programmet. Dette er for å få en oversikt over hvilke utfordringer andre deltakere er opptatt av, samt å identifisere mulige samarbeidspartnere. Det legges opp til at gruppene blir etablert på bakgrunn av sammenfallende interesse for temaer og prosjekt. Et kriterium når det gjelder gruppesammensetning er at det må være to fra spesialisthelsetjenesten og to fra kommunehelsetjenesten på prosjektet. Det er ingen føringer på at gruppene må være tilknyttet samme helseregion.

Det har blitt etablert elleve grupper i de fleste kull, der hver gruppe samarbeider om et utviklingsprosjekt. Hver av gruppene får en faglig veileder gjennom hele prosjektet. Veilederen deltar både fysisk på samlingene og digitalt mellom samlingene for å bidra til progresjon og faglig forankring. Utviklingsprosjektet leveres som en skriftlig oppgave mot slutten av programmet, og presenteres på siste samling. Oppgavene publiseres også på KS' nettsider. Det er også laget videoer som kan brukes internt og eksternt, og for kull 4 benyttet BI en podkast for å formidle prosjektene.

Utviklingsprosjektene har hatt en utvikling fra utredningsprosjekt til utviklingsprosjekt

Utviklingsprosjektene fungerer som en arena der deltakerne i praksis kan bidra til bedre samhandling

mellom tjenestenivåene. I de første kullene hadde mange prosjekter preg av utredninger som beskrev status og mulige løsninger, men som i liten grad førte til mulige konkrete endringer. Etter tilbakemeldinger fra oppdragsgiverne og BI er det lagt større vekt på at prosjektene skal resultere i implementerbare løsninger og utvikling av tjenester fremfor rene utredninger. Dermed presiseres det for deltakerne at det skal være et utviklingsprosjekt og ikke utredningsprosjekt, at prosjektet skal ha potensial for reell effekt, at prosjektet skal ha en høy ambisjon og presenteres/forankres i egnede forum. Tidligere prosjekter tar opp sentrale utfordringer i helse- og omsorgssektoren, som utskrivningsklare pasienter, digital samhandling, rekruttering og oppgavedeling mellom nivåene.

2.7 Topplederverkstedet

Topplederverkstedet (TLV) er et annet sentralt og gjennomgående læringsselement som følger deltakerne gjennom alle seks samlinger i programmet, i tillegg til digitale topplederverkstedtreff mellom samlingene. Det er en refleksjons- og treningsarena hvor deltakerne jobber med egen lederrolle, relasjoner og samspill med andre ledere, med særlig vekt på å utvikle selvinnsikt, psykologisk trygghet, refleksjoner og endringskapasitet. Her får deltakerne testet ut teori for lederutvikling i praksis, de får strukturerte tilbakemeldinger og de bygger psykologisk trygghet i små grupper. TLV-ene ledes av psykologer og fagpersoner, med kompetanse innen organisasjonspsykologi og ledelsesutvikling.

Deltakerne deles inn i mindre grupper på 6-8 deltakere, sammensatt på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Disse gruppene er de samme gjennom hele programmet og hver gruppe får en fast veileder. Her får deltakere anledning til å utforske egen lederrolle, styrker og utviklingsområder, samtidig som de lærer av andres erfaringer. Innad i gruppene kobles deltakerne i par, slik at hver deltaker får en fast refleksjonspartner. Det viktigste med denne ordningen er at den tar utgangspunkt i at utvikling av ledelse skjer i hverdagen og mellom samlinger. Refleksjonspartnerne skal vær med på å bidra til å forsterke at utviklingsspoet blir overført til hverdagen, og ikke bare under samlingene.

Innholdet i TLV-ene varierer fra samling til samling, men under de fysiske samlingene blir tematikken fra forelesningene også tatt opp i topplederverkstedene. TLV følger en pedagogisk progresjon fra selvinnsikt og refleksjon til mer avansert trening i samhandling, påvirkning og kommunikasjon.

2.8 Alumninettverket

Det er etablert et alumninettverk for tidligere deltakere i NTLP, som fungerer som en arena for videre faglig utvikling og erfaringsutveksling etter endt program, på tvers av samtlige kull. Dette nettverket ble startet og drives av tidligere deltakere, med praktisk støtte fra BI. Nettverket arrangerer årlige faglige samlinger og nettverkstreff, der tidligere deltakere møtes for å dele erfaringer, drøfte aktuelle problemstillinger og bygge videre på relasjonene som ble etablert gjennom programmet. Selv om alumninettverket drives uavhengig av BI, bidrar BI med å stille lokaler til disposisjon og gir noe administrativ støtte. Deltakerne holder også kontakt gjennom fortløpende informasjons- og erfaringsutveksling via ulike sosiale mediekkanaler, noe som bidrar til å opprettholde et fellesskap på tvers av kull og deltakere.

3 Metodisk tilnærming og datainnsamling

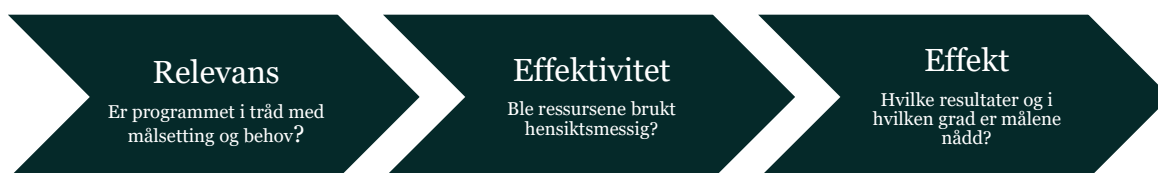
Evalueringen benytter OECDs evalueringsrammeverk, samt Kirkpatrick-modellen for å spesifikt vurdere effektkriteriet. Datainnsamlingen har bestått av en spørreundersøkelse som har blitt distribuert til alle tidligere deltakere i programmet, dybdeintervjuer med deltakere, fagansvarlige, forelesere og prosjekteiergruppen. Vi har også gjennomført et dypdykk i fire utvalgte utviklingsprosjekt, samt en workshop med tidligere deltakere fra programmet.

3.1 OECD-modellen som rammeverk for evalueringen

I dette prosjektet benyttes OECDs evalueringsrammeverk og tar utgangspunkt i tre kriterier – relevans, effektivitet og effekt. OECD-rammeverket inkluderer også kriteriene bærekraft og sammenheng, men vi vurderer at disse kriteriene er mindre relevante for evalueringen.

Dette rammeverket er godt egnet i denne sammenheng av flere grunner. For det første gir det oss en helhetlig, men fleksibel tilnærming. OECD-kriteriene tilbyr flere perspektiver ettersom det dekker både relevans (ble programmet formulert i tråd med målsetting og behov?), effektivitet (ble ressursene brukt hensiktsmessig?) og effekt (hvilke resultater førte programmet til og i hvilken grad ble målene oppnådd?). I programmer som omfatter lederutvikling, organisasjonsendring og samhandling mellom nivåer, vil det alltid være utfordringer knyttet til måling av langsiktig effekt. OECD-kriteriene gir rom for å diskutere slike utfordringer. Eksempelvis gjennom å vurdere hvor realistisk det er å forvente effekter i løpet av programperioden, hvilke mellommål som bør måles og hvilke anbefalinger som kan forbedre fremtidig virkning.

Figur 3-1 **Illustrasjon av OECD-modellens tre evalueringskriterier**

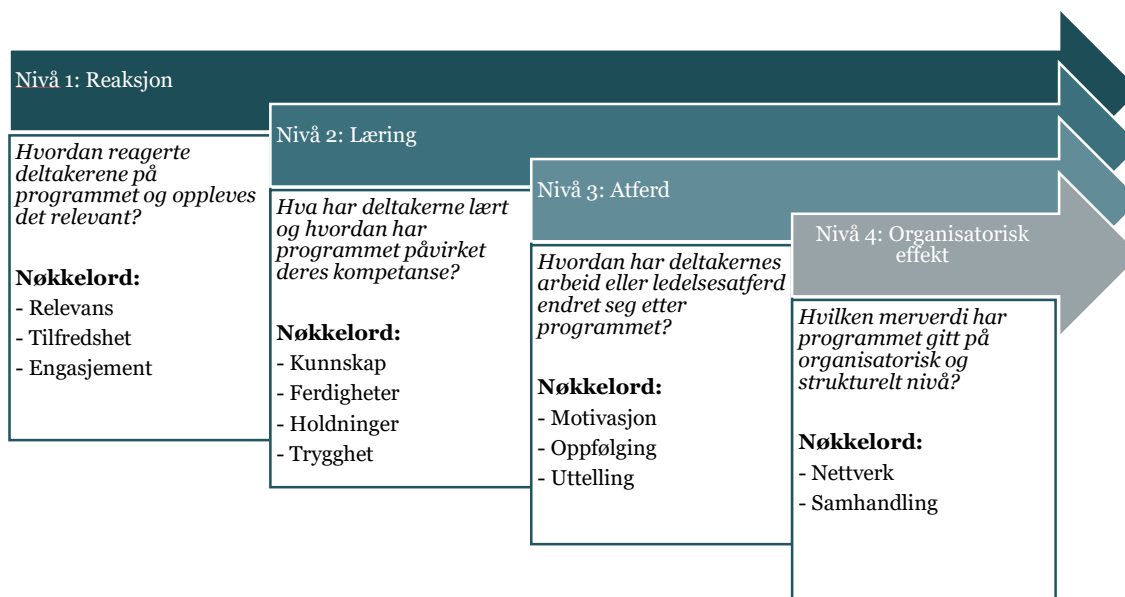


Kilde: OECD (2019) adaptert av Menon.

3.2 Kirkpatrick-modellen

For å evaluere effekten av studieprogrammet benytter vi Kirkpatrick-modellen (Kirkpatrick Partners, u.d.). Dette er en generell evalueringsramme som brukes bredt til å vurdere ulike læringstiltak. Modellen legger til grunn at effekt av et læringstiltak kan måles på fire nivåer: reaksjon (studentenes opplevelse og tilfredshet), læring (hva de faktisk har tilegnet seg), atferd (i hvilken grad kunnskapen tas i bruk i praksis) og resultater (konkrete effekter for institusjon, arbeidsliv eller samfunn), som illustrert i Figur 3-2. Vi vurderer at modellen er særlig relevant, gitt at evalueringsoppdraget skal vurdere i hvilken grad programmet har gitt individuelle læringseffekter, men samtidig skal vurdere samhandlingseffekter, som vurderes som sammenfallende med nivå fire i rammeverket.

Figur 3-2 **Adapsjon av Kirkpatrick-modellen tilpasset evaluering av NTLP**



Kilde: Kirkpatrickpartners, u.d., adaptert av Menon.

3.3 Metodetriangulering i datainnsamlingen

I evalueringen har vi lagt vekt på metodetriangulering, som vil si å kombinere flere ulike datakilder for å belyse samme problemstillinger. Konkret har vi kombinert dokumentanalyse, spørreundersøkelse, dybdeintervjuer, dypdykk i utviklingsprosjekt og workshops. Hensikten er å sikre både bredde og dybde i evalueringen. Spørreundersøkelsen gir oversikt og statistisk grunnlag fra et representativt utvalg av deltakerne, mens intervjuer og dypdykk i utviklingsprosjektene gir dypere innsikt i hvorfor og hvordan effekter oppstår eller uteblir. Dokumentanalysen bidrar med en helhetlig forståelse av selve programmet og hva som har blitt gjort tidligere. Workshopene gir mulighet til å validere og videreutvikle funn i dialog med deltakerne. Ved å kombinere kvantitative og kvalitative perspektiver sikrer vi dermed en helhetlig og robust vurdering av programmets relevans, effektivitet og effekter.

3.3.1 Mer om spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen hadde som formål å gi bredde og statistisk grunnlag ved å samle inn systematiske erfaringer fra en representativ andel av deltakerne i programmet. Undersøkelsen ble sendt ut til alle deltakerne som hadde deltatt på et av de første fem kullene, med andre ord, til 213 deltakere. Med 97 respondenter av 213 mulige vurderes datagrunnlaget fra spørreundersøkelsen solid og resultatene kan brukes til å identifisere mønstre, tendenser og forskjeller mellom grupper.

Respondentene er godt fordelt mellom de ulike kullene. Samtidig ser vi at det er en noe høyere andel respondenter fra spesialisthelsetjenesten (61 prosent) sammenlignet med fra kommunehelsetjenesten (39 prosent). Det er særlig fra kull fire og fem hvor vi ser en overvekt av respondenter fra spesialisthelsetjenesten. Se Vedlegg 1 for flere detaljer som spørreundersøkelsen.

3.3.2 Mer om dybdeintervjuene

Vi har gjennomført dybdeintervjuer med en rekke ulike interessenter, se Tabell 3-1 under. Formålet med intervjuene har vært å få en dypere forståelse av erfaringer, opplevd utbytte og eventuelle forbedringsområder knyttet til programmet. Intervjuene har også gitt oss nyanserte innspill om hvordan programmet har blitt mottatt og fulgt opp i organisasjonene, hvordan det har påvirket lederstilen og samhandling generelt. I rapporten bruker vi funnene fra intervjuene til å støtte og utdype resultatene fra spørreundersøkelsen, slik at evalueringens vurderinger og anbefalinger bygger på et helhetlig datagrunnlag.

Tabell 3-1 Intervjuoversikt

Aktør	Antall intervjuer
Oppdragsgivere KS/RHF	3
Administrativt ansatte BI	2
Fagansatte BI	2
Gjesteforelesere øvrige utdanningsinstitusjoner	3
Coach/veiledere	2
Studiedeltakere	7
Gruppeintervju i forbindelse med dypdykk i utviklingsprosjekter	5

Kilde: Menon Economics

I gjennomføringen av intervjuene, særlig med tidligere studiedeltakere og fagansvarlige, erfarte vi at det oppstod metning i datamaterialet. Det vil si at etter et visst antall intervjuer fremkom det i liten grad nye temaer eller perspektiver. Dette indikerer at datainnsamlingen har vært tilstrekkelig til å fange de mest sentrale erfaringene og variasjonene, og funnene kan dermed anses som robuste.

3.3.3 Gjennomføring av dypdykk i utviklingsprosjektene

I tillegg til utsendelse av spørreundersøkelse og dybdeintervjuer har vi også gjennomført et dypdykk i fire utvalgte utviklingsprosjekter. Formålet var å undersøke hvordan kompetansen og prosjektarbeidet fra programmet faktisk har blitt anvendt, forankret og fulgt opp i deltakernes organisasjoner. Gjennom å snakke med tidligere deltakere har vi fått innsikt i hvilke faktorer som fremmer eller hemmer implementering og hvordan prosjektet eventuelt har bidratt til ny praksis i helsesektoren.

I utgangspunktet ønsket vi også å gjennomføre intervjuer med personer som ikke hadde deltatt i NTLP, men som jobbet i organisasjonene til deltakerne. Hensikten var å få et bredere bilde av i hvilken grad utviklingsprosjektene faktisk var blitt implementert i praksis. Gjennom samtalene med prosjektdeltakerne i de utvalgte utviklingsprosjektene vurderte vi imidlertid at det ikke ville være hensiktsmessig å inkludere kollegaer i datainnsamlingen. Utviklingsprosjektene har i varierende grad blitt videreført som tydelige prosjekter eller konsepter i organisasjonene, og mange har først og fremst hatt karakter av individuelle lærings- og utviklingsprosesser. Kolleger utenfor programmet ville derfor i de fleste tilfeller hatt begrenset kjennskap til innhold, prosess og resultater, og dermed svake forutsetninger for å gi en informert vurdering av implementeringen. En slik datainnsamling ville derfor kunne fremstå som vilkårlig og lite pålitelig, og i verste fall gitt et misvisende bilde av hvordan erfaringene fra programmet faktisk tas i bruk i praksis. Disse vurderingene og funnene utdypes nærmere i selve evalueringen.

Vi la vekt på at de fire utviklingsprosjektene vi fordypet oss i, samlet skulle speile en bred tematisk variasjon fra somatikk og psykiatri, digitalisering, oppgavedeling og andre sentrale områder. Samtidig ønsket vi at prosjektene skulle reflektere ulike nivåer av opplevd effekt av prosjektene. Se vedlegg 1 for

mer informasjon om hvordan vi valgte ut disse fire utviklingsprosjektene. I Tabell 3-2 har vi laget en oversikt av de fire utvalgte utviklingsprosjektene.

Tabell 3-2 Oversikt over de fire utvalgte utviklingsprosjektene.

Navn på prosjekt	Tema
Hvordan kan aktørene i helsevesenet arbeide for å oppnå trygg overføring, verdig bosetting og godt samfunnsvern for pasienter med psykiske lidelser og voldsrisiko?	• Psykiatri • Tjenesteutvikling
Samhandling rundt akutte helsetjenester for pasientgruppen skrupelige eldre	• Somatikk/skrupelige eldre • Tjenesteutvikling
Digital FACT - By og land, hand i hand	• Psykiatri • Digitale tjenester • Tjenesteutvikling
Samarbeid mellom sykehus og kommuner om rekrutteringsutfordringer	• Somatikk/fødselsomsorg • Oppgavedeling

Kilde: Menon Economics

3.3.4 Gjennomføring av workshop

Det ble gjennomført en workshop med tidligere studiedeltakere etter at den øvrige datainnsamlingen var avsluttet. Formålet var todelt: (1) å teste hypoteser utviklet på bakgrunn av de innsamlede dataene, og (2) å få innspill til hvordan studieprogrammet kan videreutvikles i lys av sentrale funn. For å sikre bred geografisk deltakelse ble workshopen gjennomført digitalt. Fem deltakere på tvers av kull og spesialist- og kommunalhelsetjenesten deltok i workshopen. Workshopen var tematisk delt i tre bolker: (1) funn fra topplederverkstedet, (2) funn fra utviklingsprosjektet og (3) overordnede vurderinger av det samlede studieprogrammet. I workshopen ble deltakerne presentert med ulike hypoteser som de skulle kommentere på, samt legge inn forslag til tiltak som kunne videreutvikle programmet. Workshopen benyttet den digitale plattformen Miro board for å samle alle innspill, samt en plenumsdiskusjon i hver del.

4 Relevans

Dette kapittelet vurderer i hvilken grad Nasjonalt topplederprogram (NTLP) er relevant for målgruppen og for formålet med programmet. Kapittelet belyser deltakernes motivasjon for å søke, vurderer faglig innhold og læringsaktiviteter og drøfter hvordan programmet svarer ut hovedmålsettingen og de strategiske føringene i oppdragsavtalen.

Samlet sett viser vurderingene at programmet treffer et tydelig behov blant ledere i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Deltakerne søker hovedsakelig for å styrke egen lederkompetanse og for å få økt forståelse for samhandling på tvers av nivåer. Det faglige innholdet oppleves som relevant og praksisnært, og topplederverkstedet trekkes frem som den mest relevante læringsarenaen. Programmet vurderes som relevant for både hovedmålsettingen og de strategiske føringene, men hvor godt føringene og programmet faktisk svarer ut hovedmålet, avhenger av en tydeliggjøring av hva som er det reelle ambisjonsnivået med NTLP.

4.1 Behov og motivasjon for å delta

Det er stor interesse for NTLP, men deltakelsen drives i hovedsak frem av individuelle initiativ fremfor organisatoriske behov

Fra kommunesektoren har det de fleste årene kommet inn rundt 50 søkere, hvor om lag 30 vurderes som relevante for opptak. For spesialisthelsetjenesten styres rekrutteringen i større grad av behov og føringer fra RHF-ene. Programmet har et opptak på maksimalt 22 deltakere fra hver sektor, og det har hvert år vært flere søkere enn plasser. Dette indikerer at programmet oppfattes som attraktivt og at det eksisterer et reelt behov for et nasjonalt lederutviklingsprogram av denne typen.

De aller fleste, hele 70 prosent av de som har svart på undersøkelsen svarer at deltakelsen ikke var utløst av et konkret behov i egen organisasjon. De som imidlertid har svart at deltakelsen var utløst av et konkret behov i organisasjonen viser til samhandlingsutfordringer mellom de ulike tjenestenivåene, med særlig behov for bedre strategisk samarbeid, felles forståelse og mer effektive arbeidsformer. Andre peker på omstillings- og utviklingsbehov i egen organisasjon som bakgrunn for deltakelse i programmet. Andre trekker frem omstillinger i kommuner og helseforetak, større organisatoriske utviklingsprosjekter og behov for å håndtere krevende rammebetingelser knyttet til økonomi, kapasitet og bemanning. Enkelte forteller at deltakelsen skjedde etter oppfordring fra egen ledelse, mens andre viser til et personlig ønske om lederutvikling og behov for faglig påfyll.

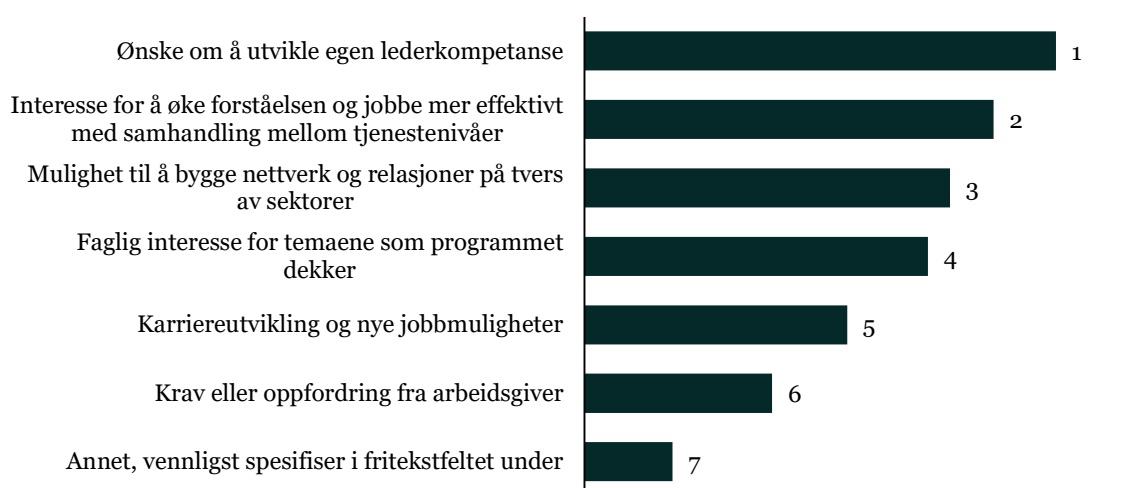
Lederutvikling og samhandling er viktige motivasjonsfaktorer for å delta

Samlet sett fremstår muligheten for personlig lederutvikling, og for økt forståelse for samhandling i helse- og omsorgsektoren som det som motiverer til deltakelse i programmet. I spørreundersøkelsen ble deltakerne bedt om å rangere forskjellige faktorer etter hvor viktig de var for deres motivasjon for å delta i programmet. Figur 4-1 viser, basert på rangeringen fra alle respondentene, hvilke faktorer som oftest ble plassert som nummer én, og videre nedover til den faktoren som oftest ble rangert som nummer sju. Ut fra spørreundersøkelsen kommer det tydelig frem at ønsket om å utvikle egen lederkompetanse motiverer flest til å delta i topplederprogrammet. Hele 60 prosent av respondentene rangerer «ønske om å utvikle egen lederkompetanse» som den viktigste faktoren for å delta. Videre rangerer i underkant av en tredjedel av respondentene, økt forståelse for samhandling som

motivasjonsfaktor nummer to. Dette viser hvordan de to hovedelementene i kurset, lederutvikling og samhandling, faktisk er de to temaene som også motiverer i størst grad til å delta.

Disse to motivasjonsfaktorene ble videre bekreftet under intervjuer der informanter fra begge tjenestenivåer forteller at motivasjonen for å delta i programmet i stor grad handlet om egen lederutvikling og et ønske om økt kunnskap om samhandling. Nettverksbygging og det å eventuelt bygge relasjoner på tvers er også en viktig faktor for at man ønsker å delta. Vi finner ingen store forskjeller mellom respondenter fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. For de ulike kullene virker motivasjonsfaktorene også å være konstante.

Figur 4-1 **Rangering av faktorer etter hvor viktig de var for deltakernes motivasjon for å delta i programmet.**



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Noen av deltakerne benyttet også fritekstfeltet til å utdype sin motivasjon for å delta. Enkelte trakk frem behovet for mer formell kompetanse, særlig knyttet til ledelse og samhandling på tvers av nivåer i helsetjenesten. Andre fremhevet et ønske om faglig påfyll og muligheten til å lære fra andre virksomheter, med bedre forståelse av hvordan kommunehelsetjenesten styres og hvilke rammer den opererer innenfor. Flere la vekt på personlig utvikling, som å få inspirasjon og kunnskap til å navigere som leder i et komplekst system, samt å få innsikt i oppgaver og beslutningsprosesser på toppledernivå. Det ble også trukket frem mer konkrete insentiver, som at programmet inngår som en del av en mastergrad, at deltakeren hadde tidligere gode erfaringer med BI, eller at utdanningen kunne styrke kvalifikasjonene med tanke på en fremtidige karrieremuligheter. Enkelte understreket særlig verdien av å jobbe med utviklingsprosjektet som en motiverende faktor.

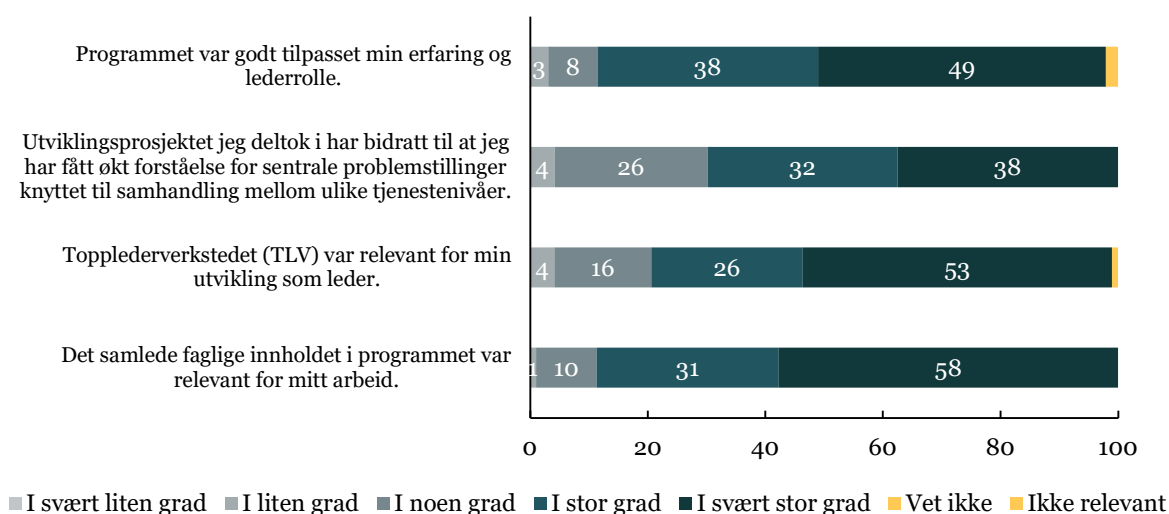
4.2 Vurdering av faglig relevans og læringsaktiviteter

Den samlede datainnsamlingen viser at det faglige innholdet og læringsaktivitetene i NTLP vurderes som svært relevante for lederrollen i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Deltakerne opplever at programmet treffer godt på sentrale lederutfordringer som samhandling, endring, og at opplegget er tilpasset erfarne ledere. Samtidig peker enkelte på variasjon mellom fagområder og læringsformer, særlig når det gjelder hvordan utviklingsprosjektene og enkelte forelesninger treffer de ulike deltakernes arbeidshverdag.

Faglig innhold oppleves som relevant og godt tilpasset lederrollen

Både i intervjuer med deltakere og fagansvarlige, uttrykker representantene at temaene og innholdet samlet sett treffer deltakernes behov. En fagansvarlig beskriver deltakerne som «sultne» og svært engasjerte. Dette viser at mange av temaene er av interesse for deltakerne. I spørreundersøkelsen ble deltakerne gitt påstander der de skulle svare i hvilken grad de opplevde at påstandene passet med deres oppfatning av programmet. Flertallet av respondentene oppgir at programmet i stor eller i svært stor grad var relevant for deres lederrolle og arbeid. Dette ser vi i Figur 4-2 ved den første og siste påstanden, hvorav 49 prosent oppgir at programmet var godt tilpasset egen erfaring og lederrolle. Mens nesten 60 prosent mener at det samlede faglige innholdet i programmet var relevant for deres arbeid i svært stor grad, som er den siste påstanden.

Figur 4-2 Påstander om hvor relevant programmet opplevdes for deg, i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

I intervjuer med deltakere beskrives programmet som relevant for deres lederrolle, og flere av informantene mener at det faglige opplegget var godt tilpasset erfarne ledere. De vurderer også programmet som faglig relevant for arbeidshverdagen de sto i som ledere. Fagansvarlige oppgir i intervju at de opplever at programmet treffer godt på tvers av lederroller og erfaringsnivå, og at variasjonene blant deltakere brukes som en styrke i læringen.

Utviklingsprosjektene er en relevant læringsarena for samhandling, men varierende opplevd utbytte

Når det gjelder påstanden om at utviklingsprosjektet har bidratt til økt forståelse for sentrale problemstillinger knyttet til samhandling mellom tjenestenivåer, svarer en større andel i noen grad enn ved de andre påstandene (se Figur 4-2). Når det er sagt er det fortsatt 70 prosent av deltakerne som svarer i stor eller svært stor grad. Under intervju med deltakere trekker de fleste frem utviklingsprosjektet som en viktig læringsarena for samhandling, men de har ulik opplevelse av relevans og utbytte, da få prosjekter medførte praktiske endringer og ga begrensede samhandlingseffekter (beskrevet i kapittel 6 om effekt).

Topplederverkstedet oppleves som en svært relevant arena for lederutvikling

Over halvparten av respondentene mener at topplederverkstedet i svært stor grad var relevant for egen lederutvikling, mens 16 prosent oppgir i noen grad (se Figur 4-2 over). Topplederverkstedet trekkes frem av samtlige deltakere vi har intervjuet som et av de mest verdifulle elementene i programmet.

Noen uttrykker at det ga mulighet til å reflektere og bli utfordret i lederrollen, og at veilederen bidro til trygghet og læring i gruppen. Andre fremhever at topplederwerkstedet er unikt sammenlignet med andre lederprogram, fordi det ga selvinnstekt og personlig utvikling. På den andre siden blir det nevnt i et åpent svar at verkstedet kunne hatt mer fokus på å bruke «den samla kompetansen til deltakerne i gruppen» og skape mer rom for diskusjoner rundt kompleksitet, politikk og praksis.

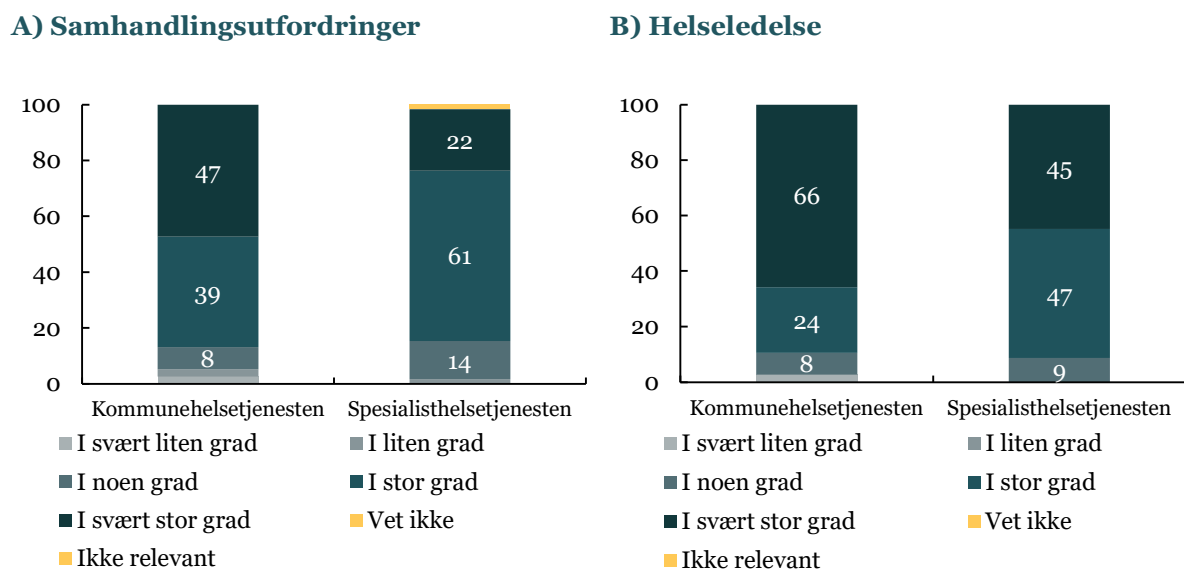
Fagansvarlige som ble intervjuet vurderer topplederwerksteder som svært relevant for lederutvikling. Det fremheves at topplederwerkstedet skaper refleksjon, trygghet og tverrsektoriell forståelse, og er et sentralt element i utviklingen av personlig lederskap.

Forskjeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Vi finner en tendens til at kommunene opplever NTLP som mer relevant enn deltakere fra spesialisthelsetjenesten. Når vi undersøker påstandene i Figur 4-2, finner vi en tendens til at deltakerne fra kommunene opplever de ulike elementene i programmet som mer relevante enn deltakerne fra spesialisthelsetjenesten. Vi har ikke fått noen direkte forklaring på dette, men en mulig årsak kan være at ledere i spesialisthelsetjenesten oftere har et generelt høyere utdanningsnivå, har gjennomført flere lederutdanninger og derfor har andre forventninger til programinnholdet. I åpne svar blir det beskrevet at noen savnet flere internasjonale perspektiver og eksempler på hvordan andre land håndterer kapasitetsutfordringer. Noen etterlyste også mer konkrete eksempler på innovative løsninger utover de mindre norske prosjektene som ble presentert, som de opplevde å allerede ha god kjennskap til fra tidligere.

Deltakerne ble i spørreundersøkelsen spurt om de opplevde at det faglige innholdet adresserte samhandlingsutfordringer og helseledelse på en måte som opplevdes relevant for deres arbeid og deres organisasjon. I Figur 4-3 viser vi svarene fra spørreundersøkelsen differensiert på kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Figur 4-3 I hvilken grad adresserer det faglige innholdet A) samhandlingsutfordringer og B) helseledelse, på en relevant måte, i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Figur 4-3 viser at over 80 prosent av deltakerne som har svart på undersøkelsen opplever at samhandlingsutfordringer blir adressert på en relevant måte i enten stor grad eller i svært stor grad. Over 90 prosent mener helseledelse blir adressert på en relevant måte enten i stor grad eller i svært

stor grad. For begge temaene har respondenter fra kommunehelsetjenesten i større grad oppgitt at det faglige innholdet adresserer disse to hovedtemaene på en relevant måte.

Samtidig var det noen som savnet en tydeligere kobling til de store samhandlingsutfordringene. Noen skrev at det ble for mye fokus på små utviklingsprosjekt og etterlyste mer vekt på de strukturelle utfordringene, som ulikt lovverk og finansieringsordninger.

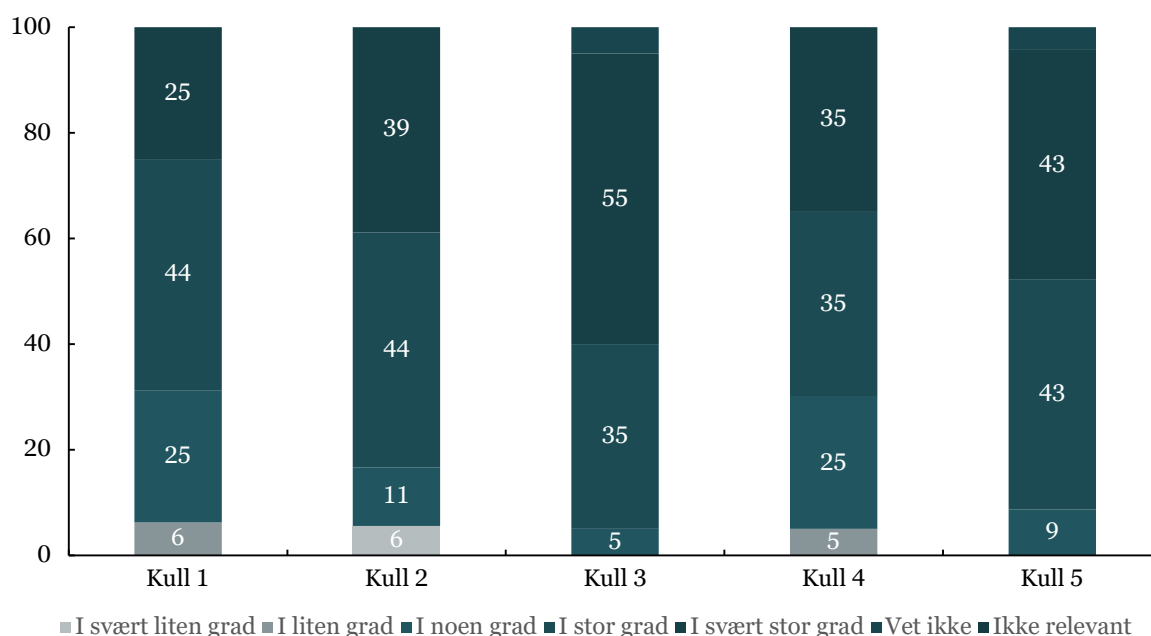
4.3 Addisjonalitet

Addisjonalitet viser til den merverdien et tiltak skaper, altså resultater som ikke ville oppstått uten innsatsen. I dette tilfellet handler det om i hvilken grad NTLP bidrar til effekter utover det som ville skjedd uansett. Addisjonalitet er derfor et relevant vurderingspunkt under relevanskriteriet, fordi det sier noe om programmets faktiske bidrag og strategiske betydning.

I underkant av 70 prosent av dem som har svart på undersøkelsen svarer at de ikke er kjent med andre initiativ eller programmer som kunne dekket det samme behovet som NTLP gjør. Av de 15 prosentene som har svart at de er kjent med lignende programmer beskriver de ulike lederutviklingsprogram fra universiteter og RHFene selv.³ Samtidig peker samtlige på at det som oppleves unikt med NTLP er bredden av deltakere fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten på høyt ledernivå, og at dette gir en særlig relevant arena for å bygge nettverk og jobbe med samhandlingsutfordringer.

80 prosent av dem som har svart på undersøkelsen svarer at de opplever NTLP som et unikt bidrag sammenlignet med lignende initiativ de har deltatt i. I Figur 4-4 ser vi at Kull 3 skiller seg ut ved at en større andel av dem som har svart på undersøkelsen fra kull 3 er i stor eller i svært stor grad enig i at NTLP er unikt.

Figur 4-4 I hvor stor grad ga NTLP deltakerne et unikt bidrag sammenlignet med andre lignende initiativ, fordelt mellom kull, i prosent



³ Eksempelvis erfaringsbasert masteroppgaver i helseadministrasjon ved UiO, lederutviklingsprogrammet Solstrandprogrammet ved NHH/AFF og topplederprogrammet i Forsvaret.

Samlet sett tyder funnene på at NTLP har høy addisjonalitet. Både deltakere og fagansvarlige beskriver programmet som et tilbud som fyller et tomrom mellom eksisterende lederutviklingsprogrammer i helsesektoren. Fagansvarlige understøtter dette og fremhever at programmet skiller seg fra andre lederutdanninger ved å ha en tydelig systemforståelse og samhandlingsdimensjon som ikke ivaretas i tradisjonelle kurs. Med andre ord gir NTLP en merverdi utover ordinær lederutvikling ved å bygge broer mellom to tjenestenivåer, styrke relasjoner og utvikle felles språk og forståelse på tvers av sektorer. Dette gjør at programmet ikke bare oppleves som relevant, men som unikt i sin form og funksjon, og vanskelig å erstatte med eksisterende tilbud.

4.4 Er programmet relevant for å oppnå målene som er satt?

NTLP fremstår som relevant og godt tilpasset behovet for kompetanseutvikling blant ledere i kommune- og spesialisthelsetjenesten, som står overfor et komplekst og krevende utfordringsbilde. Dette delkapitlet vil vurdere nærmere i hvilken grad programmet svarer på hovedmålsettingen og de strategiske føringene som ligger til grunn for oppdragsavtalen mellom KS/RHFene og BI. Formålet er å belyse om innhold, struktur og læringsformer er utformet på en måte som gjør programmet relevant for hovedmålet og de strategiske føringene lagt til grunn for programmet.

Tekstboks 2 gir en oversikt over de sentrale elementene i oppdragsavtalen som denne vurderingen bygger på. Analysen konsentrerer seg primært om de strategiske føringene, ettersom disse konkretiserer hvordan målsettingene er operasjonalisert i programmet.

Hovedmål:

Spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester skal ha ledere som aktivt bidrar til at pasientene opplever en koordinert helsetjeneste uavhengig av organisatoriske skiller, nivå og finansieringsmodeller. Programmet skal være et av flere tiltak for å støtte opp om pasientens helsetjeneste.

Strategiske føringer. Programmet skal:

- Ha en tydelig ambisjon og profil om å bidra til å utvikle ledere til lederskap i komplekse styringsstrukturer. Samarbeidet om strategisk lederskap og overordnede utviklingsarbeid basert på en forståelse om at samfunnsoppdraget gjelder hele pasientens helsetjeneste er sentralt. Det er også et mål å utdype forståelsen for ulike roller og ansvar.
- Være tett knyttet til den praktiske hverdagen gjennom refleksjon, ferdighetstrening og arbeid med reelle case på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten. Deltakernes egne erfaringer og utfordringer bør benyttes aktivt i programmet.
- Gi deltakerne en felles kompetanseplattform, der det skal være rom for fleksibilitet og skreddersøm ut fra deltakergruppens behov.
- Bidra til økt egenrefleksjon og kunnskap om kultur- og endringsledelse som en naturlig del av det daglige arbeidet. Det skal styrke topplederne i omskiftelige tider med store endringer og nye oppgaver med et særlig fokus på samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten – fra parter til partnere.
- Gi deltakerne mulighet til videreutvikling innen følgende tema:
 - Strategisk ledelse
 - Ledelse på tvers av profesjoner og tjenesteområder
 - Identitet og kultur
 - Innovasjon og omstilling
 - Pasient- og brukervedvirkning
 - Organisering pasientens helsetjeneste
 - Helseøkonomi og ulike finansieringssystemer.

Programmet er relevant for hovedmålsetningen, men uklart hva ambisjonsnivået om systemendring er

Programmet vurderes som relevant for hovedmålsetningen om å utvikle ledere som bidrar til en mer koordinert helsetjeneste på tvers av nivåer og organisatoriske skiller. Intervjuene med både deltakere og fagansvarlige viser at programmet styrker forståelsen for kompleksitet, ulike styringslogikker og samhandlingsutfordringer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Topplederverkstedene trekkes frem som den viktigste læringsarenaen for å reflektere over egen lederrolle og forstå hvordan strukturelle forskjeller påvirker samarbeidet. Utviklingsprosjektene bidrar til å omsette teori til praksis, og gir deltakerne mulighet til å arbeide med reelle problemstillinger fra egen organisasjon. Gjennom dette utvikler deltakerne økt bevissthet om at de, uavhengig av sektor, arbeider mot et felles mål: pasientens helsetjeneste.

Programmet treffer derfor godt på intensjonen om å utvikle ledere som forstår verdien av god samhandling. Samtidig viser datainnsamlingen at muligheten til å påvirke pasientenes faktiske opplevelse av en koordinert helsetjeneste er begrenset, fordi mange av utfordringene ligger på systemnivå. Strukturelle forhold som ulike finansieringsmodeller og ulike målstrukturer på tvers av sektorene kan representere barrierer som enkeltledere i liten grad kan løse alene. Flere fagansvarlige peker derfor på at mens programmet er relevant for individuell lederutvikling, er det mindre relevant for å skape varige system- og organisasjonsendringer.

Programmet fremstår som relevant for de strategiske føringene

Evalueringen viser at NTLP i stor grad er relevant for de strategiske føringene som ligger til grunn for oppdragsavtalen. Analysen viser at programmet dekker de fleste føringene på en hensiktsmessig måte, særlig når det gjelder utvikling av lederskap i komplekse styringsstrukturer, praksisnær læring og arbeid med refleksjon over egen lederrolle, samt forelesninger om flere relevante temaer.

Nedenfor vurderes programmets relevans opp mot hver av de strategiske føringene i oppdragsavtalen, vist i Tekstboks 2. Vurderingene bygger på intervjuer med deltakere og fagansvarlige, funn fra spørreundersøkelsen og innspill fra workshopen med tidligere kull:

Ha en tydelig ambisjon og profil om å bidra til å utvikle ledere til lederskap i komplekse styringsstrukturer. Samarbeidet om strategisk lederskap og overordnede utviklingsarbeid basert på en forståelse om at samfunnsoppdraget gjelder hele pasientens helsetjeneste er sentralt. Det er også et mål å utdype forståelsen for ulike roller og ansvar.

Den samlede datainnsamlingen indikerer at programmet har lyktes med å adressere dette i stor grad. Flere av samlingene har fokus på strategisk ledelse, styring og samhandling på tvers av nivåer. Fagansvarlige vi har intervjuet fremhever at programmet har en tydelig ambisjon om å utvikle ledere til å mestre lederskap i komplekse styringsstrukturer, og at dette reflekteres i både innhold og arbeidsform. En fagansvarlig sier at de lærer å «ikke bare peke på andre, men jobbe med seg selv og forstå eget handlingsrom».

Være tett knyttet til den praktiske hverdagen gjennom refleksjon, ferdighetstrening og arbeid med reelle case på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten. Deltakernes egne erfaringer og utfordringer bør benyttes aktivt i programmet.

Den samlede datainnsamlingen indikerer at ønsket om å oppnå praksisnær læring ivaretas gjennom topplederverkstedene og arbeidet med utviklingsprosjektene. Deltakerne opplever at disse aktivitetene er relevante og direkte knyttet til deres egen arbeidshverdag. Samtidig peker enkelte på at undervisningen i noen grad har hatt større vekt på spesialisthelsetjenesten, og at enkelte forelesere ikke alltid har hatt tilstrekkelig forståelse for utfordringene i kommunesektoren. I tillegg påpeker enkelte fagansvarlige at det kan være krevende å utforme undervisningen slik at den treffer alle deltakerne, særlig når det er store forskjeller i størrelse og ressurser mellom kommunene. Som en av dem uttrykker det: «Folk fra fastlegekontor og omsorgsboliger kan falle litt utenfor».

Flere fagansvarlige beskriver hvordan undervisningen søker å koble teori og praksis gjennom konkrete og forskningsbaserte verktøy deltakerne kan bruke i egne organisasjoner. Dette gjelder blant annet arbeid med ledergrupper, der deltakerne får råd og metoder de kan teste ut i egen organisasjon og senere diskutere videre i samlingene. Andre fremhever at deltakerne ofte får anledning til å diskutere problemstillinger fra egen arbeidshverdag, noe som bidrar til høy grad av relevans.

Gi deltakerne en felles kompetanseplattform, der det skal være rom for fleksibilitet og skreddersøm ut fra deltakergruppens behov.

Vi vurderer at Topplederverkstedet særlig svarer ut denne målsetningen. I intervjuene beskriver flere at verkstedene er tett knyttet til deres faktiske lederpraksis, og at de kan diskutere reelle utfordringer og dilemmaer fra egen organisasjon. Denne strukturen gjør at læringen oppleves relevant og tilpasset

den enkeltes behov, samtidig som den bidrar til en felles forståelse og erfaringsdeling på tvers av deltakere og sektorer.

Bidra til økt egenrefleksjon og kunnskap om kultur- og endringsledelse som en naturlig del av det daglige arbeidet. Det skal styrke topplederne i omskiftelige tider med store endringer og nye oppgaver med et særlig fokus på samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten – fra parter til partnere.

Topplederverkstedet fremstår som den viktigste arenaen for refleksjon, der deltakerne deler erfaringer og kan diskutere endringsprosesser på tvers av nivåer og sektorer. Fagansvarlige fremhever at dette bidrar til økt forståelse for den andre sektoren som deltakerne ikke har hatt før programmet. Deltakerne opplever dette som relevant for å utvikle en mer helhetlig tilnærming til ledelse og samhandling, der man kan gå mer mot å se kommune- og spesialisthelsetjenesten som partnere med et felles samfunnsoppdrag. Temaet kultur har i mindre grad vært belyst i datainnsamlingen, og evalueringen gir derfor et mer begrenset grunnlag for å vurdere hvordan deltakere og fagansvarlige vurderer relevansen programmet har for å øke egenrefleksjon og kunnskap om kulturledelse.

Gi deltakerne mulighet til videreutvikling innen forskjellige tematiske områder.

Programmet dekker alle de sentrale temaene som er definert i programmets strategiske føringer. Enkelte tema, som pasient- og brukermedvirkning samt helseøkonomi, virker å få mindre plass enn strategisk ledelse og organisering. Når det gjelder de tematiske føringene i programmet, bekrefter fagansvarlige at det legges vekt på strategisk ledelse, ledelse på tvers av profesjoner, innovasjon og omstilling, samt samhandling og organisering av pasientens helsetjeneste. Tema som digitalisering og teknologiutvikling er inkludert, men enkelte fagansvarlige mener dette området kunne fått større plass, men at dette ville gått på bekostning av annet faginnhold.

5 Effektivitet

Evalueringen viser at Nasjonalt topplederprogram (NTLP) er effektivt organisert og profesjonelt gjennomført. BI får svært gode tilbakemeldinger for planlegging, logistikk og oppfølging, og både deltakere og fagansvarlige fremhever tydelige rammer, god tilrettelegging og høy administrativ kvalitet. Det faglige innholdet vurderes som relevant og helhetlig, med god balanse mellom teori, praksis og refleksjon. Gjennomføringen av topplederverkstedene trekkes frem som særlig god, mens fagansvarlige peker på behov for noe sterkere koordinering mellom fagområdene for å sikre en tydelig rød tråd gjennom programmet.

Forbedringspunktene handler særlig om rekruttering og sammensetning. Deltakere fra kommunalhelsetjenesten må i større grad selv søke og finne midler som kan finansiere sin deltakelse, noe som kan svekke den tverrsektorielle balansen. Samlet sett fremstår programmet som et effektivt og velfungerende læringsprogram med potensial for sterkere samordning og mer balansert rekruttering.

5.1 Rekruttering og organisering av NTLP

Rekrutteringsprosessen til NTLP skiller seg tydelig mellom sektorene. I spesialisthelsetjenesten skjer deltakelsen ofte etter initiativ fra ledelsen, mens kommunale ledere i større grad må søke på eget initiativ og selv sikre finansiering. Dette skaper ulik tilgang og forankring. For kommunale deltakere innebærer det både større egeninnsats og potensielt høyere terskel for deltakelse, noe som kan svekke rekrutteringens effektivitet og representativitet. Samtidig oppleves sammensetningen av deltakere fra ulike nivåer og sektorer som læringsfremmende, men variasjoner i ledernivå kan gjøre erfaringsutvekslingen mindre balansert.

Representantene fra spesialisthelsetjenesten forteller om en lett søknadsprosess med overkommelige krav. Kommunedeltakere beskriver prosessen som mer krevende, og måtte i større grad selv ta initiativ overfor egen leder og be om godkjenning for å delta i programmet. Finansieringen av deltakelsen ble trukket frem som noe kommunedeltakerne selv måtte finne ut av. En deltaker fra kull 5 opplevde at ledelsen la lite til rette, og at deltakeren selv måtte sikre finansieringen gjennom å søke om kompetansemidler fra Statsforvalteren i god tid før programmet. En representant fra kommunen forteller at det er ønskelig å sende flere av sine ledere på programmet, men at dette må begrenses av hensyn til kommuneøkonomien.

Samarbeid på tvers av sektorene oppleves positivt, men sammensetning av ulike ledernivå problematiseres noe

Alle representantene vi intervjuet opplevde det som svært givende og lærerikt at programmet samlet ledere fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. De forteller at deltakelsen ga nyttig innsikt og en bedre forståelse av arbeidshverdagen i den andre sektoren enn den de selv kom fra. Dette bidro til læring på tvers, og flere forteller at terskelen for å ta kontakt med ledere i den andre sektoren har blitt lavere etter programmet. Tidligere studiedeltakere understreker også verdien av å bli kjent med ledere fra andre regioner og få innblikk i ulike hverdager og utfordringer på tvers av regioner og kommuner med ulike demografiske faktorer.

Samtidig trekkes det frem at det i noen tilfeller var merkbare forskjeller mellom deltakerne knyttet til erfaring og lederansvar. Representanter fra enkelte kull i spesialisthelsetjenesten beskriver dette som utfordrende, og peker på at for store variasjoner i ledernivå kunne føre til ulike utgangspunkt for læring. Én deltaker opplevde at hun fikk mindre utbytte av programmet fordi forskjellene mellom ledernivå ble for store. Enkelte deltakere fra spesialisthelsetjenesten mener programmet i større grad bør forbeholdes toppledere, fremfor ledere i helsetjenesten, ettersom toppledere står i et utfordringsbilde som ofte ikke tilsvarer utfordringene på lavere ledelsesnivå. Deltakere fra kommunehelsetjenesten uttrykker i større grad at sammensetningen var positiv, og beskriver det som nyttig å møte ledere fra ulike nivåer, men også her problematiseres det blant enkelte at kommunalledere og enhetsledere kan stå i ulike utfordringer.

5.2 Gjennomføring av NTLP

Både deltakere og fagansvarlige peker på at BI har levert en profesjonell organisering av programmet. Deltakerne opplever programmet som godt planlagt og meningsfullt, mens fagansvarlige beskriver samarbeidet mellom dem og BI som effektivt og ryddig. Programmet synes å ha en gjennomtenkt programstruktur, profesjonell studieledelse og dyktige fagressurser. Samlingene, logistikken og kommunikasjonen beskrives som godt planlagt, og de fleste deltakerne mener at tidsbruken står i stil med utbyttet. Programinnholdet fremstår som velfungerende, med god balanse mellom teori, praksis og refleksjon. Dette sikrer høy kvalitet i gjennomføringen, og er avgjørende for at deltakerne opplever læring og utbytte. Topplederverkstedene trekkes frem som en nøkkelarena for læring og refleksjon, og bidrar til at programmet oppleves relevant og personlig utviklende.

Likevel peker både fagansvarlige og deltakerne på noen felles utfordringer. For det første skaper variasjon i ledernivå i sammensetning av kull både styrker og svakheter. På den ene siden gir det bredde i perspektiver, på den andre siden kan det også gjøre diskusjonene ujevne og redusere læringsutbyttet. For det andre nevner enkelte fagansvarlige at koordineringen mellom forelesninger, topplederverksted og utviklingsprosjekt kan styrkes. Fagansvarlige beskriver at faglige bidrag leveres isolert fra hverandre, og etterlyser mer dialog og samordning på tvers. Deltakere merker dette som en viss "tematisk fragmentering". Videre, selv om struktur og oppfølgingen fra BI er god, peker både deltakere og fagansvarlige på at arbeidsmengden er høy, og at enkelte temaer likevel kunne fått mer tid. I spørreundersøkelsen ba vi deltakerne om å komme med forslag til tema eller utfordringer som bør få mer plass i fremtidige kull. Bærekraft og prioriteringer i helsetjenesten var det tema flest stemte på, se Figur 5-1 for hvor stor andel av respondentene som har svart for de ulike temaene.

Figur 5-1 Forslag til tema eller utfordringer som bør få mer plass i fremtidige kull



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLF utført av Menon Economics. N=97

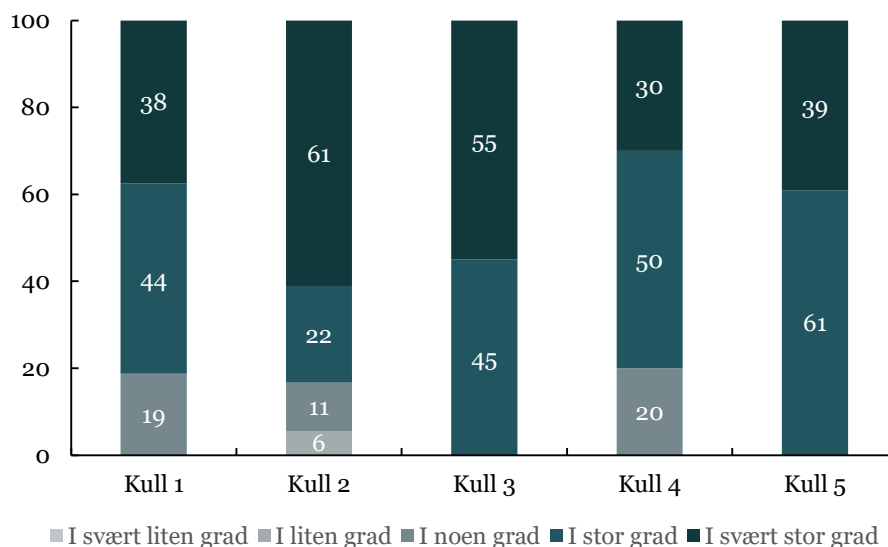
Programmet oppleves som profesjonelt og godt organisert av deltakerne

Blant de deltakerne vi har intervjuet var det bred enighet om at programmet var godt organisert og profesjonelt gjennomført. Både rammene, fasilitetene og logistikken rundt samlingene trekkes frem som styrker ved studieprogrammet. Deltakere beskriver BI som profesjonelle og tydelige, med god støtte og oppfølging. En deltaker sier at «det organisatoriske var helt topp, man får ting inn med teskje».

Enkelte opplevde imidlertid at samlingene er lagt opp på en måte som «passer best for ekstroverte», med en forventning om deltakelse i plenumsdiskusjoner og direktehenvendelser til enkelt deltakere, noe som opplevdes belastende for enkelte. I tillegg nevnte flere i intervjuene at man savnet enda mer mulighet til å sosialisere og «networke» i pauser eller i sosiale settinger på kveldene.

Figur 5-2 viser at over 80 prosent av deltakerne som har svart på undersøkelsen har opplevd at tiden brukt på programmet sto i forhold til utbyttet i stor eller svært stor grad. Dette understreker at programmet i stor grad oppleves som nyttig. For kull 3 og 5 har samtlige svart at de i stor eller svært stor grad opplever at tiden brukt på programmet står i forhold til utbyttet.

Figur 5-2 I hvor stor grad opplevde du at tiden brukt på NTLP, sto i forhold til utbyttet?
Fordelt på kull, i prosent



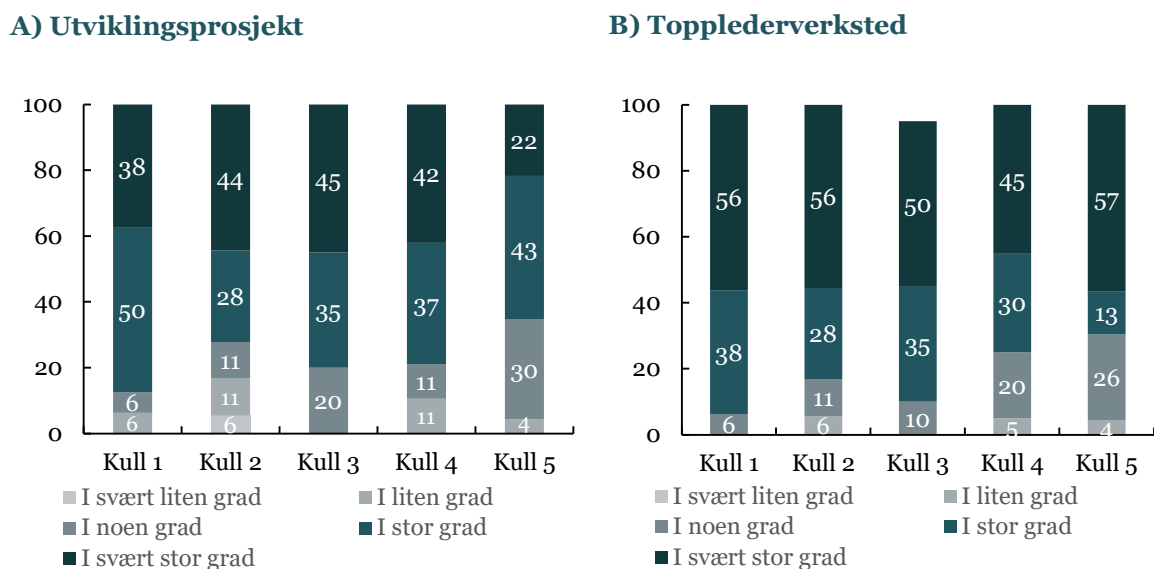
Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Resultatet fra spørreundersøkelsen bekreftes også i intervjuene med deltakerne. De fleste vi har pratet med opplever at tid brukt på programmet sto i forhold til utbyttet. Flere sier at arbeidsmengden var høy, men håndterbar, og at BI har vært gode på å strukturere arbeidet slik at det oppleves overkommelig ved siden av alminnelig arbeid. En deltaker beskriver det som «stjerne og terningkast seks» og roser organiseringen. Dette inntrykket bekreftes i undersøkelsen. Samtlige som har svart på undersøkelsen har svart at programmet var godt organisert og gjennomført i stor eller svært stor grad for alle kull, med unntak av kull 2, hvor 94 prosent hadde svart i stor eller i svært stor grad.

Som følge av pandemien var det første kullet preget av begrensede muligheter for å kunne møtes fysisk. Flere som har svart på undersøkelsen peker likevel på at BI håndterte overgang til Teams på en profesjonell måte, samtidig som mange understreker at fysiske samlinger ville gitt et betydelig bedre læringsutbytte. Det digitale opplegget opplevdes som nyttig under omstendighetene, men krevende for samhandling, nettverksbygging og oppgaveskriving.

Overordnet er samtlige kull også fornøyde med organiseringen og strukturen av både utviklingsprosjektene og topplerederverkstedet. Ut fra Figur 5-3 under ser vi imidlertid en tendens til at deltakerne er mer fornøyde med organiseringen av topplerederverkstedene enn med utviklingsprosjektene. Mellom 72 og 88 prosent av dem som har svart er i stor eller svært stor grad enig i at organiseringen av utviklingsprosjektene ble gjort på en god måte. For topplerederverkstedet lå andelen mellom 70 og 94 prosent. Kull 3 synes å skille seg noe ut fra de andre kullene ved å være enda mer fornøyd. Dette så vi på spørsmålet om organiseringen av programmet generelt. En av årsakene som kan forklare at kull 3 er ekstra fornøyd er at de var første kull hvor alle samlinger var fysiske og ingenting var digitalt.

Figur 5-3 I hvor stor grad opplevde du at organiseringen av hhv. Utviklingsprosjektet (A) og Topplederverksted (B) var godt strukturert og ble gjennomført på en effektiv måte, i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Når det kommer til tilbakemeldinger på gjennomføringen av utviklingsprosjektene i intervjuene med deltakerne, varierer svarene noe. Enkelte peker på god støtte fra veiledere og at de fikk god læring gjennom prosessen. Andre beskriver utfordringer knyttet til gruppesammensetning og geografisk spredning, som gjorde samarbeid vanskelig. Enkelte grupper ble satt sammen ut fra «resten som var igjen», og enkelte deltakere opplevde å dra prosjektet alene. Gjennom de åpne svarene fra spørreundersøkelsen er det flere som retter kritikk mot organiseringen av utviklingsprosjektene. Flere peker på at rammene var for uklare. Mange opplevde for stor frihet og brukte mye tid på å definere tema og form, i stedet for å fokusere på faglig utvikling. Videre foreslår deltakere tydeligere og strengere føringer, spesielt i starten.

Samtidig sier flere at prosjektet var en nyttig læringsprosess selv om sluttproduktet ikke alltid ble brukt i ettertid. Der prosjektene hadde god forankring og felles engasjement, beskrives de som svært verdifulle både for læring og for etablering av nettverk.

Det virker imidlertid å være bred enighet blant deltakerne vi har intervjuet om at gjennomføringen av topplederverkstedene har vært særlig god. Flere peker på BI sin tydelige struktur og oppfølging, samt kvaliteten på foreleserne og veilederne i topplederverkstedene. I undersøkelsen nevnes også topplederverkstedene som svært verdifulle. Flere peker samtidig på at verkstedene fungerte ulikt fra gruppe til gruppe og var avhengig av veilederens kompetanse og erfaring. Enkelte etterlyste også flere verksted tidlig i studieprogrammet for å bygge trygghet og relasjoner på tvers av studiedeltakerne.

Samarbeidet mellom BI og fagansvarlige vurderes som effektivt og profesjonelt, men det etterlyses mer tverrfaglig dialog blant bidragsyterne

De fleste fagansvarlige beskriver samarbeidet med BI og programledelsen som godt. Flere uttrykker at BI er profesjonelle, fleksible og lette å samarbeide med. De trekker frem høy faglig kvalitet, god kommunikasjon og en genuin interesse for kontinuerlig forbedring. Flere sier at de opplever en velfungerende og profesjonell struktur, der de får god informasjon og oppfølging i forkant av bidragene. Enkelte sier det faglige samarbeidet fungerer, samtidig som de peker på at den faglige helheten mellom

temaene kunne vært bedre koordinert. Det nevnes at faglig diskusjon og samordning mellom foreleserne og de som leder topplederverkstedene kunne vært bedre.

BI får videre gjennomgående gode skussmål for planlegging og logistikk. Forelesere og veiledere opplever at de får nødvendig informasjon i tide, og at BI håndterer alt praktisk på en ryddig måte. Det fremheves også at det de første årene var det mindre informasjonsflyt, men at dette har blitt vesentlig forbedret, med tydeligere kommunikasjon, bedre deling av informasjon mellom fagansvarlige og administrasjon, og jevnlig oppdateringer. Alle fagansvarlige beskriver rammene som gode. Lokaler, teknisk utstyr og støtteapparat trekkes frem som profesjonelt.

Samtidig peker enkelte av de fagansvarlige på at den faglige helheten mellom temaene kunne vært bedre koordinert. Det savnes eksempelvis mer faglig diskusjon og samordning mellom foreleserne og de som leder verkstedene. Andre skulle også gjerne hatt mer tid innenfor sitt fagfelt – eksempelvis for å gå dypere i diskusjoner om teknologi og endringsledelse. BI selv påpeker at balansen mellom hvor mye man får plass til faglig og de pedagogiske kravene til studiepoeng alltid er krevende, men at de bevisst forsøker å holde en god rytme mellom samlinger, oppgaver og refleksjon.

6 Effekt

Dette kapittelet vurderer hvilken effekt det nasjonale topplederprogrammet har hatt, og i hvilken grad programmet bidrar til å oppnå målsettingene som er definert av KS og de regionale helseforetakene. Vurderingen omfatter både individuelle og organisatoriske resultater, fra læring og personlig utvikling hos deltakerne, til effekter i form av bedre samhandling på tvers av profesjoner, tjenester og sektorer. Kapittelet presenterer relevante funn og vurderer disse opp mot programmets målsetninger i siste del.

Programmet oppleves som svært relevant og nyttig, og deltakerne rapporterer høy tilfredshet. NTLP har gitt økt kunnskap, forståelse og bevissthet om samhandling, ledelse og kompleksitet i helsetjenesten, og mange har tatt i bruk nye verktøy og metoder i egen arbeidshverdag. Flere beskriver endret lederstil og økt trygghet i rollen, men peker samtidig på at organisatoriske rammer og tidspress begrenser muligheten til å omsette læringen i praksis. Programmet har også gitt enkelte samhandlings- og nettverkseffekter på tvers av tjenestenivåer, men har i mindre grad ført til varige strukturelle endringer.

6.1 Hva menes med effekt i denne sammenheng

Å vurdere effekt handler om å undersøke i hvilken grad studieprogrammet samlet sett bidrar til å oppnå målsettingene som er definert av KS og RHF-ene. De definerte delmålene i oppdragsavtalen viser at programmet både skal fremme individuell læring og utvikling, og samtidig gi målbare effekter i form av bedre samhandling på tvers av profesjoner, tjenester og sektorer (se Tekstboks 2). Sentralt står økt forståelse for de samfunnsmessige sammenhengene helsetjenestene inngår i, evnen til å utnytte mulighetsrommet i sektoren, og å ta i bruk nye arbeidsformer og teknologi. Videre vektlegges utvikling av integrerte helsetjenester for de pasientgruppene som har størst behov, styrket brukermedvirkning, og økt kompetanse innen strategisk ledelse på tvers av fag, organisasjonskulturer og tjenesteområder.

Tekstboks 2 Mål fra oppdragsavtalen

Hovedmål:

Spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester skal ha ledere som aktivt bidrar til at pasientene opplever en koordinert helsetjeneste uavhengig av organisatoriske skiller, nivå og finansieringsmodeller. Programmet skal være et av flere tiltak for å støtte opp om pasientens helsetjeneste.

Delmål:

- Ha god forståelse for samfunnsmessige sammenhenger og benytte mulighetsrommet i helsesektoren
- Bruke og legge til rette for nye arbeidsformer, bruke teknologi og medvirke til god utnyttelse av ressurser på tvers av sektorene
- Sikre et solid og godt samarbeid om de pasientgruppene som trenger det mest – hvor integrerte helsetjenester kan utvikles og brukermedvirkning styrkes
- Ha bred kunnskap innen strategisk ledelse på tvers av profesjoner, tjenesteområder, nettverk og ulike organisasjonskulturer
- Tåle usikkerhet, håndtere kompleksitet og håndtere egne og andres reaksjoner

Programmet skal også bidra til å styrke deltakernes evne til å håndtere kompleksitet, tåle usikkerhet og møte både egne og andres reaksjoner på endring.

For å vurdere i hvilken grad studieprogrammet faktisk oppnår disse målsetningene, er det nødvendig med en systematisk tilnærming til effektevalueringen. Kirkpatrick-modellen (presentert i avsnitt 3.2) er særlig relevant i denne sammenhengen fordi den legger til rette for en helhetlig vurdering på flere nivåer: fra deltakernes umiddelbare opplevelse av læring og relevans, til hvordan kunnskapen anvendes i praksis og hvilke organisatoriske og samfunnsmessige effekter som oppnås. Med utgangspunkt i den totale datainnsamlingen har vi vurdert effekt knyttet til de fire ulike nivåene i modellen.

6.2 Nivå 1 - Hvordan reagerte deltakerne på programmet og oppleves det relevant?

Med utgangspunkt i Kirkpatrick-modellen kan individuelle læringseffekter skje gjennom modellens første tre nivåer. Den mest grunnleggende effekten, beskrevet som nivå 1, handler om i hvilken grad et læringstiltak evner å motivere og vekke engasjement hos deltakerne. Nivået kan i stor grad ses i sammenheng med evalueringskriteriet *relevans*, der et relevant spørsmål er om programmet evner å treffe studiedeltakerne ved å tilby et relevant studieprogram med elementer og innhold som oppfattes som relevant og aktuelt for deres arbeidshverdag. Dette blir belyst i kapittel fire og vurderes ikke i dette kapitlet.

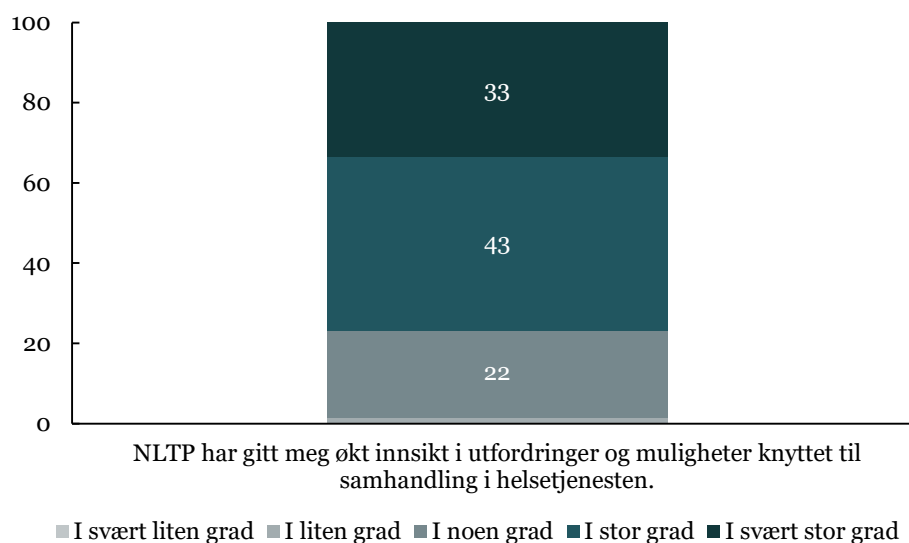
6.3 Nivå 2 – Hva har deltakerne lært og hvordan har programmet påvirket deres kompetanse?

Flere av delmålene i studieprogrammet knytter seg til nivå to i Kirkpatrick-modellen, som handler om læring, det vil si i hvilken grad deltakerne tilegner seg ny kunnskap, utvikler ferdigheter og endrer holdninger som følge av programmet. I oppdragsavtalen beskrives den forventede sluttkompetansen å inkludere både teoretiske og praktiske ledelsesferdigheter. I det følgende presenterer vi hvorvidt deltakerne opplever å ha opparbeidet seg generell lederkunnskap og innsikt, etterfulgt av det opplevde læringsutbyttet av topplederwerkstedene og utviklingsprosjektene.

NTLP bidrar til bedre forståelse og kunnskap om helsesektoren og om utfordringsbildet knyttet til samhandling, blant deltakerne

Figur 6-1 viser hvordan deltakerne vurderer at NTLP har gitt økt innsikt i utfordringer og muligheter knyttet til samhandling i helsetjenesten. 33 prosent av respondentene oppgir at dette har vært tilfelle i svært stor grad, og 43 prosent oppgir at dette har skjedd i stor grad. På bakgrunn av dette er det tydelig at deltakerne opplever at NTLP har bidratt til økt kunnskap og bevissthet om samhandling på individnivå. Det kommer også frem i intervjuer med tidligere deltakere at studieprogrammet har bidratt til å øke det generelle kunnskapsnivået om helsesektoren. Samlet sett har dette gitt en økt forståelse for utfordringsbildet knyttet til samhandling på tvers av de ulike tjenestenivåene.

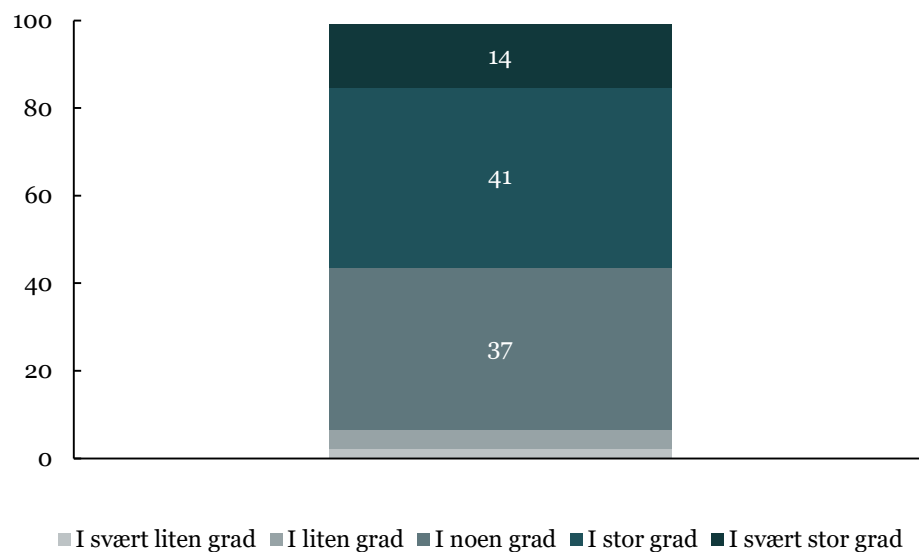
Figur 6-1 NLTP har gitt meg økt innsikt i utfordringer og muligheter knyttet til samhandling i helsetjenesten, i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Vi finner at deltakerne i noe mindre grad opplever at programmet har gitt økt innsikt i mål og føringer fra andre deler av helsetjenesten. 14 prosent oppgir at NTLP i svært stor grad har bidratt til slik innsikt, mens 41 prosent svarer at det gjelder i stor grad og 37 prosent i noen grad. En generell observasjon fra intervjuene, både med deltakere og forelesere, er at representanter fra spesialisthelsetjenesten i større grad rapporterer at de oppnår økt forståelse for kommunalhelsetjenesten, enn det motsatte. Flere deltakere fra spesialisthelsetjenesten beskriver at de har fått økt forståelse for kommunesektorens rammevilkår og utfordringer, og dermed en bedre evne til å tilpasse prosesser og samarbeid på tvers av nivåene i kommunen. Det trekkes frem at kommunehelsetjenesten er mer differensiert og sammensatt, med større variasjon og ulikhet internt i tjenesten sammenlignet med spesialisthelsetjenesten, og at NTLP gir en større forståelse for denne kompleksiteten. Fagansvarlige bekrefter dette i intervju og understreker at programmet særlig har bidratt til økt innsikt hos representanter fra spesialisthelsetjenesten i hvordan den kommunale helsetjenesten fungerer, og hvilken rolle den spiller i det samlede helsetilbudet.

Figur 6-2 I hvilken grad har programmet gitt deg innsikt i mål og føringer i andre deler av helsetjenesten som du tidligere ikke hadde, i prosent

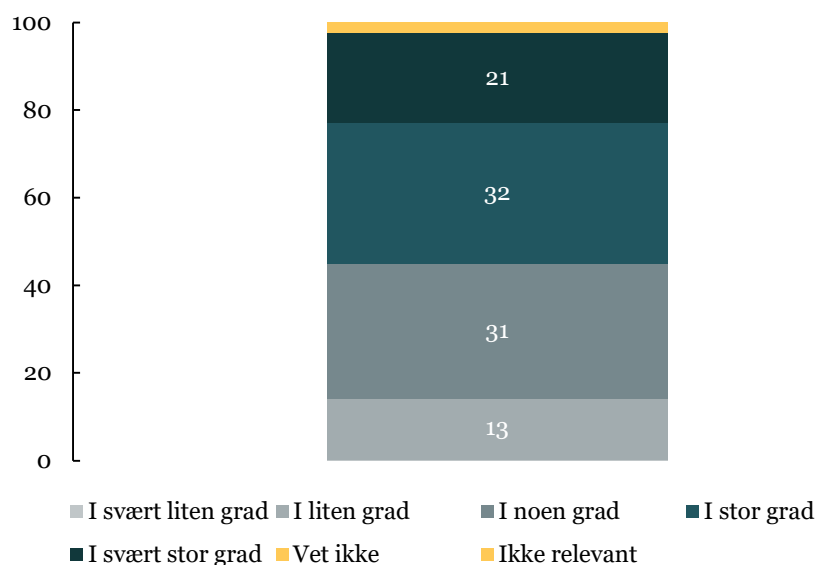


Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Deltakerne får mer kunnskap om ledelse og en bevisstgjøring knyttet til eget lederskap gjennom topplerederverkstedene

Det fremkommer at om lag 50 prosent av respondentene i undersøkelsen vurderer at topplerederverkstedene (TLV) i stor eller i svært stor grad har styrket deres evne til å bidra til konkrete forbedringer i samhandlingen mellom tjenestenivåer (se Figur 6-3). 31 prosent oppgir at dette har skjedd i noen grad. Samtlige deltakere som er intervjuet beskriver at de gjennom TLV har fått en større bevissthet knyttet til egen lederstil gjennom 360-vurderinger, gruppesamtaler og individuell coaching. Flere trekker frem at det å være topplereder i helsesektoren kan oppleves som ensomt, og at NTLP har bidratt til en større trygghet i rollen. Enkeltrespondenter i spørreundersøkelsen oppgir at de har tatt i bruk kunnskap og ferdigheter fra studiet i ulike organisasjoner, til tross for jobbskifter og organisatoriske endringer. Flere beskriver også en holdningsendring og økt bevissthet rundt ledelse, et tema som flere i intervju påpeker får lite oppmerksomhet i begge sektorer i arbeidshverdagen. Representanter fra både spesialist- og kommunalhelsetjenesten, påpeker at ledelsesfokus ofte er dominert av operasjonelle og målbare indikatorer, mens relasjonskompetanse og samhandlingsledelse har fått mindre plass. I workshopen som ble gjennomført, ble det påpekt at det ligger et paradoks i at NTLP gir deltakerne lederkompetanse og ferdigheter som den nåværende strukturen i helsetjenesten i mindre grad legger til rette for å anvende i praksis, på bakgrunn av tidspress, endrede politiske føringer, økonomiske rammer og kultur.

Figur 6-3 Topplederverkstedet har styrket min evne til å bidra til konkrete forbedringer i samhandlingen mellom tjenestenivåer, i prosent

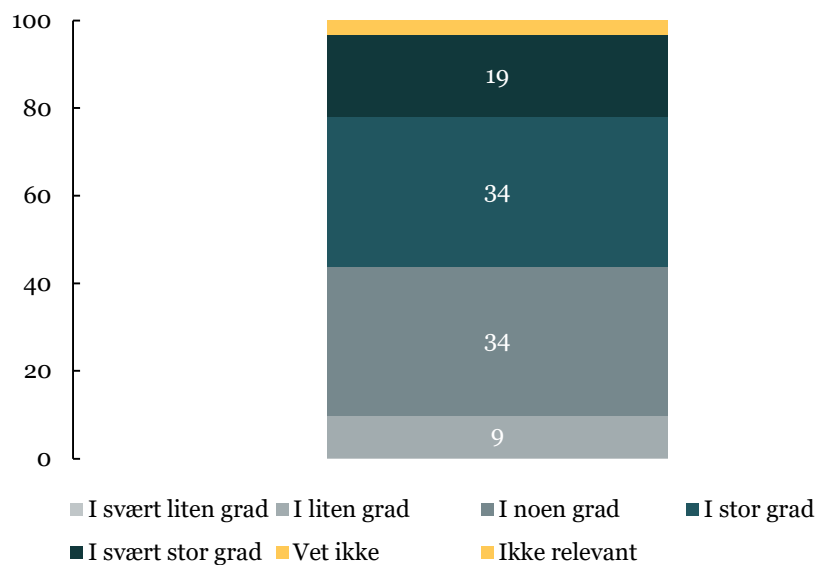


Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Utviklingsprosjektene har bidratt til å styrke deltakernes praktiske prosjektkompetanse og ferdigheter innen prosjektledelse

I likhet med topplederverkstedene, opplever over halvparten av respondentene at utviklingsprosjektet i stor eller i svært stor grad har styrket deres evne til å bidra til konkrete forbedringer i samhandlingen mellom tjenestenivåer (se Figur 6-4). Selv om deltakerne samlet gir et inntrykk av at utviklingsprosjektene i ulik grad ble pilotert og implementert, beskriver de fleste at arbeidet med utviklingsprosjektene har gitt verdifull erfaring som oppleves relevant i egen arbeidshverdag. Mange fremhever at de i større grad mestrer å strukturere og lede prosjekter, og at terskelen for å delta i samhandlingsprosjekter er blitt lavere. Deltakerne opplever økt trygghet i rollen som prosjektleder og større selvtryllit i å inngå og bidra i tverrsektorielle samarbeid utenfor egen sektor.

Figur 6-4 **Utviklingsprosjektet har styrket min evne til å bidra til konkrete forbedringer i samhandlingen mellom tjenestenivåer, i prosent**



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Oppsummering av effekter knyttet til nivå 2

Samlet sett vurderes det at NTLP har bidratt til betydelig individuell læring og økt kompetansenivået for majoriteten av deltakerne, både når det gjelder forståelse og kunnskap om samhandling og utvikling av egen lederkompetanse. Intervjuene viser særlig at mange deltakere har oppnådd økt trygghet og bevissthet rundt egen lederrolle, noe som oppleves som svært nyttig og relevant i arbeidshverdagen.

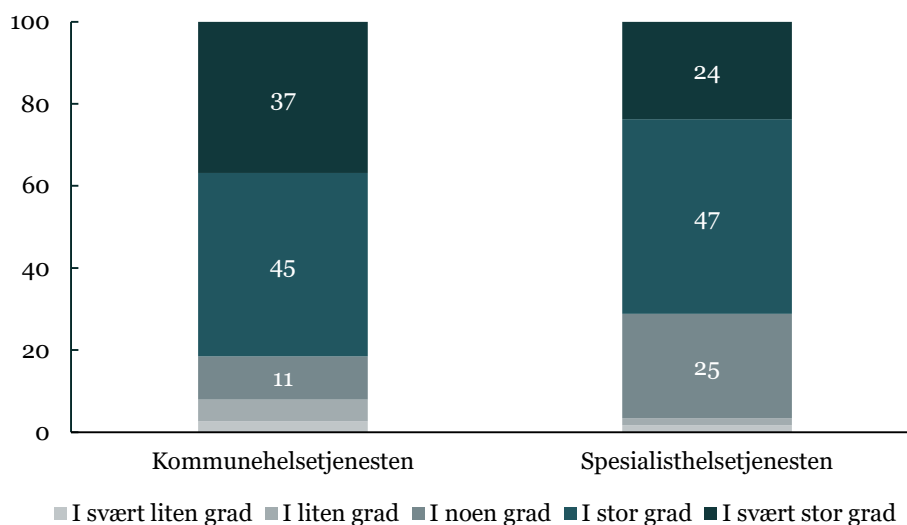
6.4 Nivå 3 – Hvordan har deltakernes arbeid og ledelsesatferd endret seg etter programmet?

Det tredje og høyeste nivået knyttet til individuell læring i modellen handler om i hvilken grad kunnskap og ferdigheter faktisk omsettes i praktisk ledelsesatferd. Dette innebærer å undersøke hvordan deltakerne anvender det de har lært i egen lederrolle, og om programmet har bidratt til endringer i lederstil, beslutningspraksis og evne til å håndtere kompleksitet og usikkerhet i tråd med programmets målsetninger.

Ferdigheter fra NTLP benyttes i deltakernes daglige arbeid etter gjennomført studieprogram

Figur 6-5 viser at majoriteten av respondentene i spørreundersøkelsen i stor eller i svært stor grad oppgir å ha tatt i bruk kunnskap og ferdigheter fra NTLP i daglig arbeid. 82 prosent i kommunalhelsetjenesten og 71 prosent i spesialisthelsetjenesten vurderer å ha tatt i bruk nye ferdigheter i stor eller i svært stor grad. Deltakerne peker på at dette blant annet kan handle om å etablere en hensiktsmessig møtefrekvens i egen ledergruppe eller en større refleksjon og bevisstgjøring om egen rolle i krevende personalsaker. På bakgrunn av svarene kan det se ut til at respondentene fra kommunalhelsetjenesten har hatt et noe større utbytte enn de fra spesialisthelsetjenesten, samtidig som begge grupper gir en høy skår på begge spørsmål.

Figur 6-5 Jeg har tatt i bruk kunnskap og ferdigheter fra NTLP i mitt daglige arbeid, i prosent

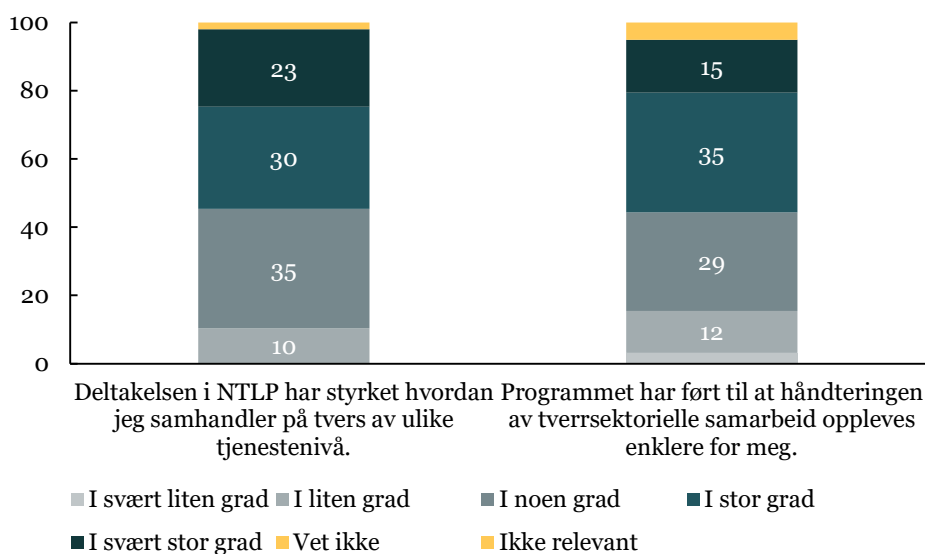


Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Programmet har gjort deltakerne bedre egnet til å håndtere samhandlingsutfordringer på tvers av tjenestenivå og sektorer gjennom kunnskap og konkrete verktøy

Spørsmålene som er gjengitt i Figur 6-6 danner et bilde om hvorvidt det samlede studieprogrammet har bidratt til kunnskap og atferdsendring som fremmer bedre samhandling. Om lag halvparten har svart at NTLP i stor eller i svært stor grad har bidratt til å styrke hvordan de samhandler på tvers av ulike tjenestenivå og hvordan de håndterer tverrsektorielle samarbeid. 35 og 29 prosent oppgir at dette kun har påvirket dem i noen grad. 35 og 29 prosent oppgir at dette kun har påvirket dem i noen grad.

Figur 6-6 I hvilken grad NTLP har påvirket hvordan deltakere samhandler og håndterer tverrsektorielle samarbeid



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Fritekstsvarene i spørreundersøkelsen viser at programmet har gitt økt trygghet i lederrollen, bedre forståelse av relasjoner og samhandling, samt et bredere perspektiv på helsetjenestens kompleksitet og samspillet mellom nivåene. Et sentralt funn som går igjen, er at flere har endret lederstil og tilnærming til samarbeid. Deltakerne fremhever en mer lyttende, inkluderende og relasjonsorientert lederpraksis, med vekt på tidlig involvering, felles problemforståelse og tillit i prosesser. Mange trekker også frem at de er blitt mer bevisste på kommunikasjon, relasjonell koordinering og samskaping, og at de nå bruker mer tid på refleksjon og strukturert oppstart i endringsprosesser.

Programmet beskrives som en kilde til nye verktøy, metoder og teoretisk forankring, som tjenstedesign, endringsledelse og strategisk kommunikasjon. Flere viser til konkret bruk av disse i egen organisasjon, både for å forbedre interne prosesser og for å styrke samhandling med andre aktører. Enkelte respondenter trekker frem i undersøkelsen at de har etablert nye samarbeidsarenaer, faste møter og nettverk mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Oppsummering av effekter knyttet til nivå 3

Den samlede datainnsamlingen viser at NTLP ikke bare har bidratt til økt teoretisk kunnskap og refleksjon om ledelse (nivå 2), men også har hatt konkret effekt på deltakernes lederatferd. Flere deltakere beskriver en tydelig bevisstgjøring av egen ledelsesstil, og hvordan programmet har gitt dem verktøy som aktivt tas i bruk i arbeidshverdagen. Dette gjelder blant annet mer systematisk tilnærming til medarbeideroppfølging, tydeligere kommunikasjon i krevende situasjoner og større evne til å balansere refleksjon og handling i lederrollen.

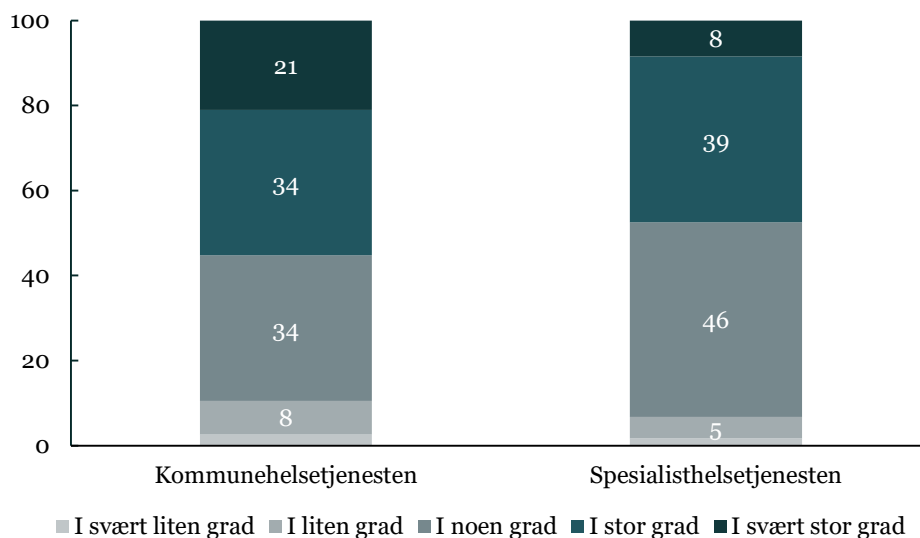
6.5 Nivå 4 – Hvilken merverdi har programmet gitt på organisatorisk og strukturelt nivå i egen organisasjon?

Med utgangspunkt i Kirkpatrick-modellens fjerde nivå er det vesentlig å vurdere i hvilken grad programmet har bidratt til organisatoriske effekter utover den enkeltes individuelle læring. Vi velger å dele nivå fire inn i to nivåer: dvs. i hvilken grad kunnskap og ferdigheter fra programmet har ført til styrket samhandling og endring både *i* deltakernes egne organisasjoner og *utenfor* deltakernes egen organisasjon. Et sentralt vurderingspunkt er i hvilken grad deltakernes opparbeidede ferdigheter som er beskrevet under nivå 3 har bidratt til å fremme samhandling, innovasjon og utvikling på tvers av tjenestenivåer og sektorer.

Det fremstår som utfordrende å videreføre kunnskap og innsikt fra NTLP i egen organisasjon til andre

Figur 6-7 viser at over halvparten av respondentene i kommunalhelsetjenesten i stor eller i svært stor grad har videreført kunnskap og innsikt fra programmet i egen organisasjon. Blant respondenter fra spesialisthelsetjenesten er det noe lavere skår, med 46 prosent som oppgir at dette kun har skjedd i noen grad. På bakgrunn av intervjuer kan det fremstå som at spesialisthelsetjenesten vurderes som særlig rigid og en sektor der det er mer krevende å starte endringsprosesser.

Figur 6-7 Kunnskap og innsikt fra programmet er videreført i min organisasjon, i prosent



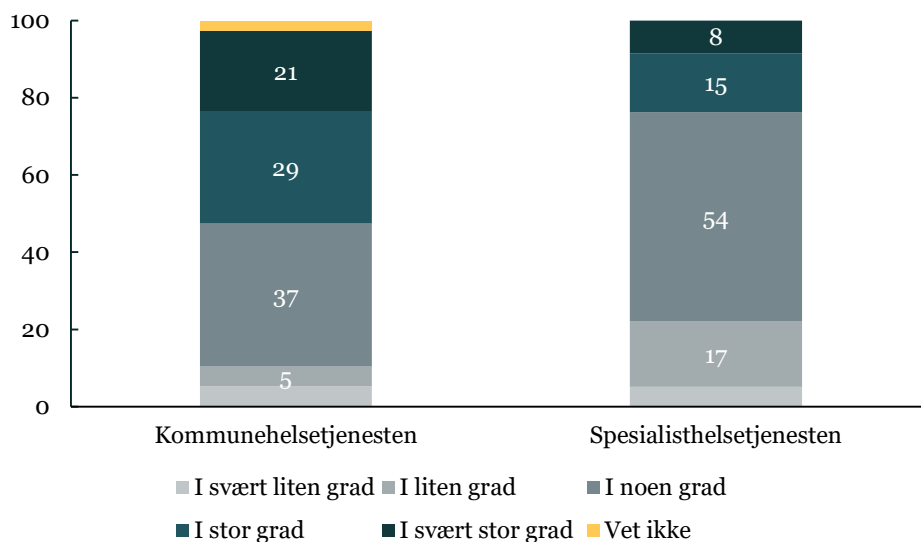
Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

NTPL har i noen grad styrket samhandlingen i egen organisasjon

Figur 6-8 viser at tidligere deltakere opplever at NTLP i noe mindre grad har styrket samhandlingen i egen organisasjon. Her ser vi også et tydeligere skille mellom deltakere fra kommunal- og spesialisthelsetjenesten. Hele 54 prosent av respondenter i undersøkelsen fra spesialisthelsetjenesten oppgir at dette kun har forekommet i noen grad. For kommunehelsetjenesten oppgir halvparten at NTLP har styrket samhandlingen i stor eller i svært stor grad, mot spesialisthelsetjenesten på 23 prosent.

Et generelt inntrykk som dannes gjennom datainnsamlingen er at deltakere har oppnådd høyere bevissthet og kunnskap knyttet til samhandling, men opplever i mindre grad at programmet fører til reelle samhandlingseffekter. Både respondenter i spørreundersøkelsen og deltakere som er intervjuet påpeker at når det gjelder samhandling på tvers av tjenestenivå og sektorer, eksisterer det organisatoriske, byråkratiske og økonomiske barrierer som ligger utenfor programmets påvirkningsområde. Deltakerne understreker at programmet har et solid faglig fokus på temaet, men at økt samhandling krever strukturelle endringer på overordnet nivå og det er naturlige begrensinger knyttet til hva et studieprogram i praksis kan oppnå. Informanter trekker også frem varierende forankring og støtte hos leder på egen arbeidsplass underveis og etter programmet som en utfordring for å gjennomføre endringer.

Figur 6-8 Deltakelsen i NTLP har styrket samhandlingen i egen organisasjon, i prosent



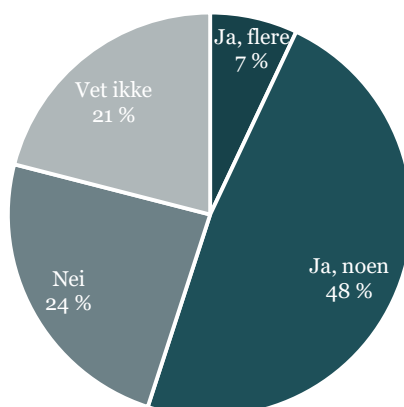
Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

6.6 Nivå 4 – Hvilken merverdi har programmet gitt på organisatorisk og strukturelt nivå utenfor egen organisasjon?

Dette kapitlet undersøker i hvilken grad NTLP har bidratt til effekter som strekker seg utover deltakernes egen organisasjon, med særlig vekt på samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Som det fremkommer av Figur 6-11, svarer 48 prosent av respondentene at programmet har ført til noen etableringer eller forbedrede samarbeidsrutiner mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kun 7 prosent oppgir at det er opprettet flere på samme spørsmål. Under halvparten svarer tilsammen vet ikke, (21 prosent) og nei, (25 prosent). På bakgrunn av disse funnene vurderes det at NTLP i hovedsak bidrar til økt kunnskap, kompetanse og tilgang på verktøy som kan styrke samhandling, men at dette i begrenset grad har resultert i konkrete, varige endringer i praksis.

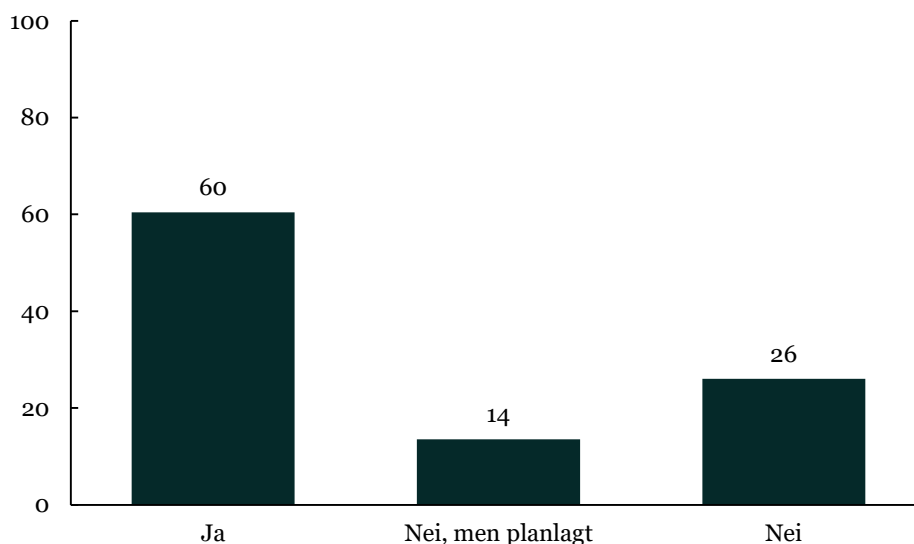
Figur 6-9 Opplever du at programmet har ført til etablering av nye eller forbedrede samarbeidsrutiner mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Samtidig oppgir 60 prosent av respondentene at de i etterkant av NTLP har deltatt i samarbeidsprosjekter eller strukturer på tvers av tjenestenivåene (se Figur 6-10). Svarene underbygger den generelle oppfatningen om at programmet senker terskelen for å engasjere seg i tverrsektorielle prosjekter og bidrar til økt motivasjon for samarbeid. Spørsmålet har imidlertid en metodisk svakhet, ettersom det ikke gir grunnlag for å vurdere i hvilken grad deltakelsen kan tilskrives NTLP, eller om respondentene ville ha deltatt i slike samarbeidsarenaer uavhengig av programmet.

Figur 6-10 Har du vært involvert i konkrete samarbeidsprosjekter eller strukturer på tvers av tjenestenivåene etter at du deltok i NTLP, i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Utviklingsprosjektene har først og fremst gitt lærings- og delingseffekter, samtidig som det etterlyses en tydeligere ambisjon med prosjektene

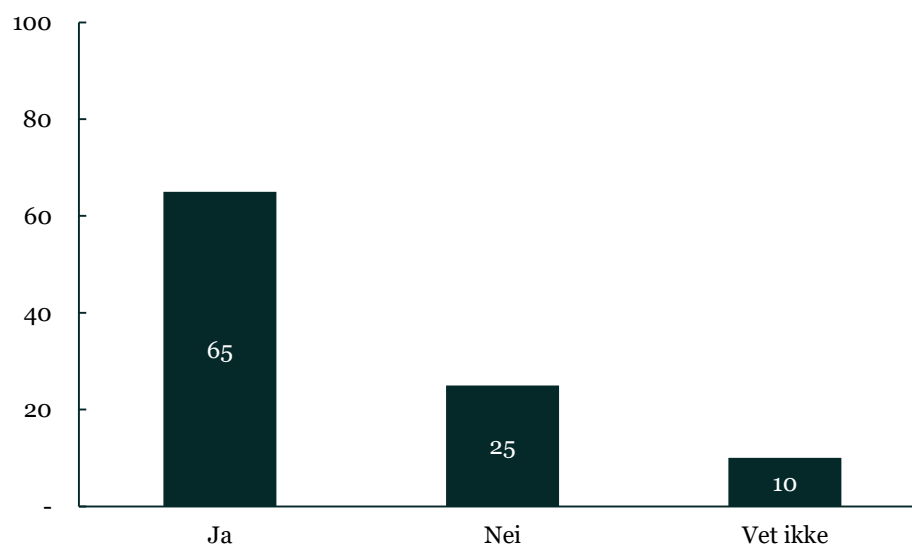
For å vurdere i hvilken grad NTLP har gitt effekter knyttet til bedre samhandling, er det særlig relevant å vurdere utviklingsprosjektene.

Figur 6-11 viser at 65 prosent av respondentene oppgir at utviklingsprosjektet er tatt i bruk eller delt utenfor prosjektgruppen. I spørreundersøkelsen har deltakerne som har svart ja på dette spørsmålet blitt bedt om å utdype på hvilken måte. Her fremkommer det at mange har presentert prosjektet i helsefellesskap, ledergrupper og på konferanser, og at temaene har blitt løftet til både politisk og strategisk nivå, blant annet i Helsedirektoratet, HOD, KS og ved Arendalsuka. Enkelte rapporterer også at utviklingsprosjektene har ført til videre utredning eller nye prosjekter, som etablering av innovasjonsprosjekter, søknader om samhandlingsmidler og samarbeid om digital hjemmeoppfølging. Andre peker på at effekten foreløpig er begrenset til egen organisasjon eller region, men at interessen fra andre aktører, som helseforetak, kommuner og politiske miljøer, viser potensial for videre spredning og innflytelse.

En samlet oppfatning er at utviklingsprosjektene i større grad har blitt delt enn tatt i aktiv bruk. Samtidig fremstår prosjektene som relevante og betydningsfulle bidrag til sentrale temaer som opptar helsetjenesten. Flere av prosjektene har bidratt til økt kunnskap, refleksjon og bevissthet om aktuelle problemstillinger, og slik fungert som viktige kunnskapsbidrag inn i videre utviklings- og forbedringsarbeid i tjenestene.

For de som utdyper at utviklingsprosjektet ikke har blitt tatt i bruk (25 prosent), fremkommer det blant annet at dette skyldes årsaker som mangel på tid, ressurser og støtte fra arbeidsgiver eller ledelse, samt at enkelte temaer opplevdes som for generelle eller lite relevante for deltakernes nåværende arbeidssituasjon. Flere understreker at eksterne endringer og organisatoriske omstillinger har gjort resultatene mindre aktuelle, mens andre beskriver at manglende engasjement i prosjektgrupper eller ledelse har svekket oppfølgingen. Det fremheves også at enkelte utviklingsprosjekter var vanskelige å implementere eller “selge inn”, særlig når de krevde digitale løsninger eller organisatoriske endringer som lå utenfor deltakernes kontroll. Gjennom intervju og casegjennomgang av utvalgte utviklingsprosjekt problematiseres det også at det ikke følger noen automatisk finansering eller støtte til prosjektgjennomføringen og at innovasjonen i stor grad må skje innenfor etablerte økonomiske rammer. Flere deltakere etterlyser mer tydelighet knyttet til ambisjonsnivået for utviklingsprosjektene, og at midler bør følge dersom en ønsker en bedre implementering og skalering i etterkant av fullført studieprogram.

Figur 6-11 Har resultatene fra utviklingsprosjektet du deltok i blitt tatt i bruk eller delt utenfor prosjektgruppen, for eksempel i andre avdelinger, organisasjoner eller nettverk?, i prosent



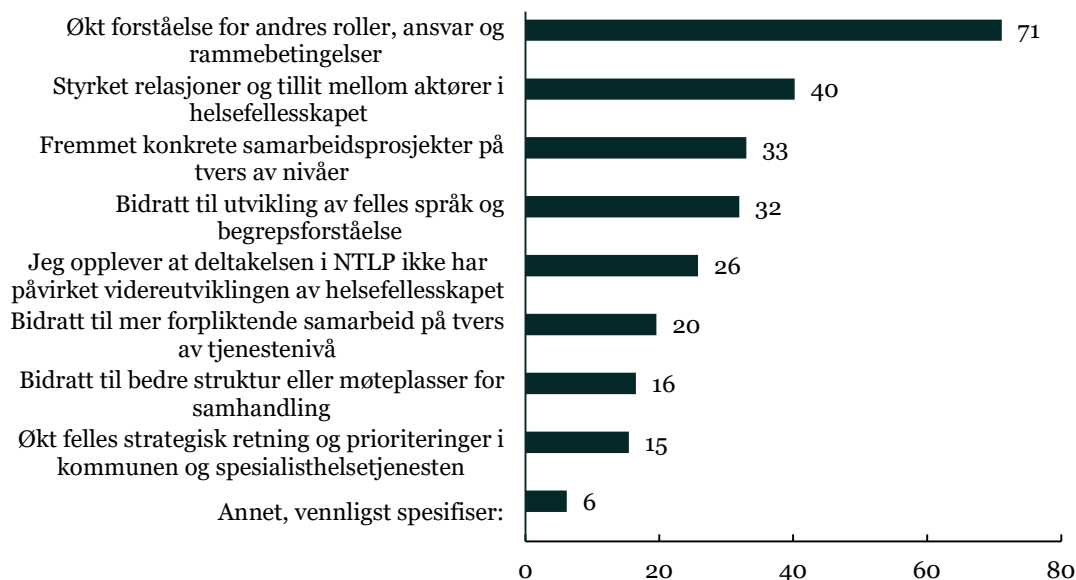
Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

NTLP sin betydning for helsefellesskapene ligger først og fremst i økt individuell bevisstgjøring om fellesskapene

Vi finner det også relevant å vurdere nettverkseffekter som en del av de eksterne virkningene av programmet, dvs. effekter som strekker seg utover den enkelte deltakers organisasjon. Slike effekter kan både være formelle, som økt bruk og forankring av helsefellesskapene, og uformelle, som etableringen av alumninettverket for tidligere deltakere.

Figur 6-12 viser hvilke faktorer som respondentene i størst grad har vurdert som relevante effekter knyttet til videreutvikling av helsefellesskapene. De høyest rangerte påvirkningseffektene knytter seg i hovedsak til økt forståelse for helsefellesskapenes formål og funksjon, etterfulgt av styrkede relasjoner og økt tillit mellom aktørene i helsefellesskapene. Derimot vurderes faktorer som forbedret struktur, felles strategisk retning, samarbeid og tydeligere prioriteringer som områder som i mindre grad har blitt påvirket av NTLP.

Figur 6-12 **Hvordan opplever du at NTLP har påvirket videreutviklingen av helsefellesskapet?**



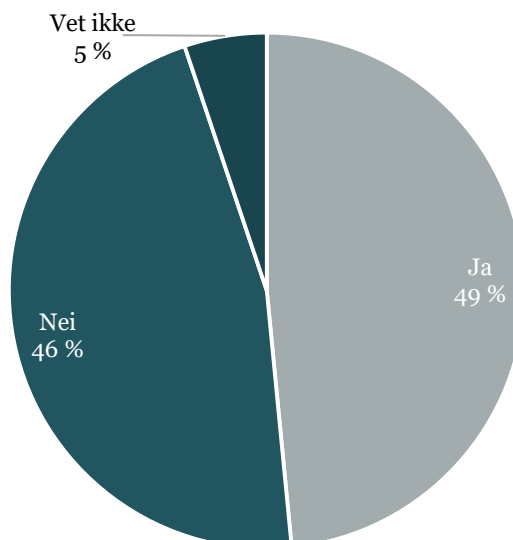
Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

Fritekstsvarene fra spørreundersøkelsen om hvordan deltakerne opplever at NTLP har påvirket videreutviklingen av helsefellesskapene, peker på flere overordnede strukturelle utfordringer knyttet til fellesskapene som NTLP i mindre grad kan påvirke. Flere understreker at ubalanse i deltakelsen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i helsefellesskapene begrenser påvirkningskraften og hindrer utviklingen av reell samhandling. Det trekkes frem utfordringer knyttet til ressurser, ansvar og styring, der særlig økonomiske rammer og manglende kompensasjon til kommunene beskrives som barrierer for samarbeid. Enkelte opplever at helsefellesskapene i liten grad fungerer etter intensjonen, og at mangel på innovasjonskompetanse i fellesskapene trekkes frem som en hemmer for videreutviklingen. Flere deltakere mener det bør stilles krav om samhandlingskompetanse for nøkkelpersoner i helsefellesskapene, for eksempel gjennom deltakelse i NTLP eller tilsvarende program. Samlet sett viser svarene at det fortsatt gjenstår betydelig arbeid før helsefellesskapene fungerer som reelt likeverdige partnerskap. Samtidig trekker enkelte respondenter frem positive utviklingstrekk, blant annet bedre samarbeid om beredskap og en økende vilje til å videreutvikle helsefellesskapene over tid.

Alumninettverket er en kilde til langsiktig læring og fellesskap

Figur 6-13 viser at om lag halvparten av respondentene har deltatt i alumninettverket etter NTLP. Flere informanter påpeker at dette er en kilde til langsiktig læring gjennom faglige treff og informasjonsdeling gjennom året. Mange fremhever også at nettverket er en kilde til støtte og faglig sparring, også på tvers av kull. Deltakere trekker også frem at BI har vært en god støtte som tilrettelegger og bistår i gjennomføringen av arrangementer og treff i regi av nettverket. Flere informanter trekker også frem at alumninettverket i større grad kan benyttes som en ressurs gitt den totale kompetansen og erfaringen som er tilstede i nettverket. Dette kan eksempelvis skje ved at de i større grad benyttes som et kompetansemiljø i regionale og nasjonale samhandlingsprosjekter, reformprosesser og utviklingen av nye styringsdokumenter og stortingsmeldinger.

Figur 6-13 Har du deltatt i alumninettverket til NTLP etter at du fullførte programmet?



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

6.7 Oppsummering av effekter

I vurderinger knyttet til effekt, fremstår NTLP som et tiltak som i stor grad har oppnådd målsettingene knyttet til individuell læring og kompetanseutvikling. På samme tid fremstår de mer organisatoriske og strukturelle effektene som svakere. Samlet sett vurderes programmet å ha høy relevans og læringseffekt, men mer begrenset gjennomslagskraft når det gjelder varig endring i samhandlingspraksis. Innsikt fra deltakere vitner om at dette i hovedsak handler om at samhandling i praksis er vanskelig, og at strukturelle utfordringer er vanskelig for enkeltdeltakere i et studieprogram å angripe.

Vurdert etter Kirkpatrick-modellens fire nivåer, vurderes effekten i størst grad å skje på nivå 1-3.:

- Nivå 1 – Reaksjon: Programmet oppleves som svært relevant, motiverende og nyttig av deltakerne. Deltakertilfredsheten er høy, og NTLP vurderes som et unikt læringstilbud i helsesektoren. Dette er beskrevet i kapitlet om relevans.
- Nivå 2 – Læring: NTLP har i stor grad bidratt til økt kunnskap, forståelse og bevissthet om samhandling, ledelse og kompleksitet i helsetjenesten. Deltakerne rapporterer tydelig læringseffekt, særlig knyttet til personlig ledelse, refleksjon og evne til å håndtere usikkerhet.
- Nivå 3 – Atferd: Mange deltakere har tatt i bruk kunnskap, verktøy og metoder fra programmet i egen arbeidshverdag. Flere beskriver endret lederstil og økt trygghet i rollen. Samtidig viser resultatene at organisatoriske rammer, manglende ledelsesforankring og tidspress i tjenestene hemmer overføringen fra individuell læring til praksis.
- Nivå 4 – Resultat: NTLP har bidratt til økt bevissthet og enkelte samhandlings- og nettverkseffekter på tvers av tjenestenivåer, men har i begrenset grad ført til varige strukturelle endringer eller etablerte samarbeidsrutiner. Utviklingsprosjektene har først og fremst hatt verdi som lærings- og delingstiltak, og fungerer som viktige kunnskapsbidrag snarere enn implementerte løsninger.

Når målene i oppdragsavtalen vurderes samlet, viser evalueringen at NTLP i stor grad oppnår målsettingene knyttet til læring, ledelsesutvikling og samhandlingsforståelse, men at målene om organisatoriske og tverrsektorielle effekter i mindre grad realiseres. Programmet gir imidlertid et tydelig grunnlag for videre endring, gjennom å bygge kompetanse, nettverk og felles språk som på lengre sikt kan styrke samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

7 Dypdykk i fire utviklingsprosjekt

Utviklingsprosjektene er en sentral del av NTLP og skal bidra til å styrke samhandling, læring og innovasjon på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. I dette kapittelet vurderes fire utvalgte utviklingsprosjekter for å belyse hvordan de fungerer i praksis, hvilke resultater de har gitt, og hvilke faktorer som påvirker gjennomføring og varig effekt.

Gjennomgangen viser at prosjektene har bidratt til økt forståelse for samhandling mellom nivåer og til utvikling av nye ideer og verktøy for samarbeid. Samtidig viser vurderingene at få prosjekter har resultert i varige samhandlingseffekter i form av implementerte tiltak eller tjenesteutvikling. Organisatoriske, kulturelle og strukturelle forhold både fremmer og hemmer gjennomføring, og mange initiativer forblir på idé- og læringsnivå. Erfaringene peker på at utviklingsprosjektene først og fremst skaper læring og endring kulturutvikling, kompetansebygging og nettverksarbeid, snarere enn reell tjenesteutvikling. Flere deltakere har videreført læringen lokalt, men varig effekt forutsetter tydelig forankring, tillit og strukturell støtte, faktorer som fortsatt begrenses av økonomiske rammer og personavhengighet.

7.1 Samhandling til beste for pasienten og samfunnet

7.1.1 Kort om prosjektet

Oppgaven tar for seg mangelfull samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten når alvorlig psykisk syke pasienter skal skrives ut fra sikkerhetspsykiatrien og overføres til kommunen. Til tross for samhandlingsreformen og nye retningslinjer, oppstår det fremdeles fragmenterte tjenester, uklare ansvarsforhold og lite koordinerte pasientforløp. Utfordringen prosjektet ønsker å ta tak i handler særlig om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og voldsrisiko, hvor det både er store krav til sikkerhet og behov for individuell tilpasning. Dagens organisering fører til utrygge og ukoordinerte pasientforløp mellom sykehus og kommune, med risiko for tilbakefall og svekket samfunnsvern. Kommunene mangler ofte egnede tilbud og blir for lite involvert i utskrivningsprosesser. Tjenestene preges av silotenkning og uklare ansvarsforhold, og lover og finansieringssystemer støtter i liten grad samhandling.

Oppgaven hadde som formål å finne nye måter å sikre trygge overføringer, verdig bosetting og et styrket samfunnsvern for pasientgruppen. Oppgaven skulle dermed bidra til å løse utfordringen med fragmentert samhandling ved å utvikle kunnskap og konkrete verktøy som fremmer samarbeid på tvers av nivåer. Målet var å skape en bedre felles forståelse av roller, ansvar og mål, etablere en sirkulær og kontinuerlig modell for samhandling, i stedet for dagens «stafettlogikk». I tillegg skulle oppgaven gi ledere og fagpersoner et praktisk rammeverk for å håndtere komplekse pasientforløp med bedre koordinering og tillit mellom aktørene.

7.1.2 Motivasjon og forventninger

Motivasjonen sprang ut fra et tydelig behov for å håndtere de store samhandlingsutfordringene mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for de mest krevende psykiatripasientene. Prosjektdeltakerne opplevde at pasienter ble værende på sykehus lenge etter at de var utskrivningsklare, fordi kommunene

ikke hadde boliger eller ønsket å ta dem imot. Dette skapte både kapasitetsproblemer og uverdige forløp for pasientene. Motivasjonen handlet også om å rette opp i en praksis der kommunene ofte «skjøv ansvaret fra seg» på grunn av kostnader, frykt og fordommer mot rettspsykiatriske pasienter. I tillegg var deltakerne også motivert av å kunne bruke prosjektet til å styrke samhandling i egen region og konkretisere prinsipper som tillit, struktur og felles forståelse på tvers av nivåer.

7.1.3 Gjennomføring

Gjennom prosjektet gjennomførte prosjektgruppen intervjuer med fagpersoner i kommuner og sykehus, samt workshop med erfaringskonsulenter (tidligere pasienter). Materialet fra intervjuene brukte de til å systematisere funn inn i fire hovedkategorier: organisatoriske, juridiske, kulturelle og ledelsesmessige rammer for samhandling. I tillegg utformet de en praktisk «Guide for samhandling», et verktøy med prinsipper og refleksjonstemaer som kan brukes lokalt.

7.1.4 Effekter av prosjektet i egen organisasjon

Noen av prosjektdeltakerne opplever at prosjektet har hatt en varig effekt i form av økt forståelse for kompleksiteten i samhandling, og bedre evne til å etablere dialog og nettverk på tvers.

En representant fra en av kommunene fortalte at prosjektet har endret hvordan hen som leder arbeider med samhandling ved at vedkommende stiller tydeligere krav og man ser nå raskere hvilke personlige egenskaper og holdninger som fremmer eller hemmer samarbeid. Til tross for at enkelte opplevde endring i egen organisasjon, peker flere på økonomiske begrensninger og støtte fra leder som hinder for å få til økt samhandling.

Videre fortalte representanter fra spesialisthelsetjenesten at prosjektet ga dyp innsikt i kommunenes perspektiv og bidro til mer realistiske forventninger og bedre dialog. Flere av prosjektdeltakerne har brukt læringen aktivt i videre arbeid i Helse Midt og vært sentrale i å etablere et regionalt fagråd og nettverk for sikkerhetspsykiatri. Representanten fra Helse Midt opplever også at prosjektet inspirerte til nye tiltak, som bygging av overgangsboliger og etablering av felles arenaer for spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Flere av prosjektdeltakerne peker også på at prosjektet skapte reell kontakt mellom kommuner og sykehus som tidligere ikke snakket sammen, og førte til konferanser, felles fagseminar og bedre dialog. I tillegg bekrefter deltakerne at prosjektet har påvirket samarbeidskulturen og gitt bedre forståelse for ledelse på tvers av nivåer. Den opparbeidede kompetansen brukes aktivt inn i direktørkollegiet og helsefellesskapet og til å styrke formaliserte samarbeidsstrukturer og sørge for at prosesser ikke blir personavhengige i kommunen.

7.1.5 Hva er avgjørende for å få til implementeringen av utviklingsprosjektet

Samtlige prosjektdeltakerne løfter frem flere felles suksessfaktorer. For det første, må prosjektene løftes inn i linjen og forankres i både kommunal og spesialistledelse for å få varig effekt. Uten dette blir initiativene personavhengige og sårbare. For det andre trekkes tillit mellom nivåene som helt avgjørende. Samhandling må bygges over tid og ikke bare være avhengig av enkeltpersoners kjemi. Flere peker på behovet for arenaer der ledere møtes jevnlig og deler ansvar. Videre er det også en nøkkelfaktor at begge tjenestenivå må bidra til kompetanseoverføring og felles læring. Spesialisthelsetjenesten må bidra med kompetanse til kommunene også etter utskriving, mens kommunene må involveres tidlig i pasientforløpet. Gjensidig forståelse av hverandres rammer og faglige logikk er avgjørende.

Negative holdninger, frykt og fordommer mot denne pasientgruppen er store barrierer. Prosjektdeltakerne mener holdningsarbeid og åpenhet også må være en del av strategien. Økonomiske

rammer må bedre reflektere det ansvaret kommunene har. I dag skaper finansieringssystemet (f.eks. egenandeler for utskrivningsklare pasienter) motiver for å skyve ansvar bort. Dette må endres for at samhandling skal lønne seg.

Prosjektet sprang ut fra et genuint behov for bedre samhandling rundt en svært sårbar pasientgruppe, og det har hatt effekt både på individnivå og i flere organisasjoner. Det har styrket deltakernes samhandlingskompetanse, gitt konkrete resultater som nye møteplasser og tiltak, og synliggjort hva som skal til for å lykkes videre: ledelsesforankring, tillit, felles læring og strukturell støtte. Samtidig peker de på at uten nasjonal oppfølging og justering av rammebetingelser vil slike initiativ lett stoppe opp når engasjementet hos enkeltpersoner fases ut. Flere av prosjektdeltakerne etterlyser initiativ og eventuelt midler fra KS og RHFene, om å ta i bruk og sørge for at potensialet i utviklingsprosjektene blir tatt ut.

7.2 Samarbeid mellom sykehus og kommuner om rekrutteringsutfordringer

7.2.1 Kort om prosjektet

Målet for denne oppgaven var å undersøke hvordan samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten kan bidra til å løse rekrutteringsutfordringer, med vekt på kombinasjonsstillinger for jordmødre i Agder. Bakgrunnen for prosjektet er at både kommuner og sykehus på Agder, som i resten av landet, opplever mangel på jordmødre. Prosjektet undersøkte om kombinasjonsstillinger kunne være en løsning som gir mer bærekraftige tjenester og bedre faglig utvikling på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Ifølge oppgaven er kombinasjonsstillinger stillinger der jordmødre er ansatt både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten samtidig. Formålet er å skape større fleksibilitet og bedre ressursutnyttelse ved at jordmødre kan arbeide på tvers av sektorene i helsetjenesten. For eksempel deler av tiden på fødeavdeling, helsestasjon eller svangerskapsomsorg. Oppgaven beskriver at slike stillinger kan bidra til faglig utvikling, bedre kontinuitet for gravide, og økt forståelse mellom tjenestenivåene, men at de også reiser utfordringer knyttet til arbeidsavtaler, ledelse og finansiering.

7.2.2 Motivasjon og forventninger

Utgangspunktet for prosjektet var et ønske om å utforske hvordan kommune- og spesialisthelsetjenesten kunne samarbeide bedre for å møte den økende mangelen på jordmødre. Gruppen delte en felles interesse for bemanningsutfordringer og ønsket å se på hvordan ressursene kunne utnyttes bedre på tvers av nivåene. Enkelte hadde personalansvar for jordmødre i kommunen, mens andre arbeidet i kvinneklinikker med tydelige bemanningsutfordringer, særlig i helger. Noen deltakere hadde ikke direkte ansvar for jordmortjenesten, men valgte likevel prosjektet fordi de så temaets overføringsverdi til andre fagområder.

Felles motivasjon for alle deltakere var ønsket om å finne mer fleksible løsninger for bemanning og oppgavedeling mellom kommuner og sykehus. Deltakerne ønsket å bidra til bedre forståelse av hverandres rammer og organisering, og til å utfordre etablerte skillelinjer mellom sektorene. Forventningen var at prosjektet kunne danne grunnlag for mer praktiske samarbeidsmodeller og bidra til bedre rekruttering og utnyttelse av jordmorressursene. Samtidig ble prosjektet sett på som en læringsarena, der målet var økt innsikt og relasjonsbygging heller enn umiddelbar implementering.

7.2.3 Gjennomføring

Gruppen gjennomførte både intervjuer og en spørreundersøkelse. Arbeidet startet med forberedende intervjuer med helseleder for å identifisere hovedutfordringer og hypoteser. Deretter ble det utviklet og gjennomført en spørreundersøkelse blant jordmødre i Agder. Spørreskjemaet ble distribuert digitalt og det ble samlet inn informasjon om deltakernes alder, arbeidserfaring, arbeidssted, motivasjon og holdninger til kombinasjonsstillinger. Undersøkelsen kartla også hvilke faktorer som hadde størst betydning for valg av arbeidsplass, og hvorvidt jordmødrene var positive til å kombinere arbeid i kommuner og sykehus.

7.2.4 Effekter av prosjektet i egen organisasjon

Utviklingsprosjektet førte ikke til konkrete organisatoriske endringer i deltakernes egne virksomheter, men flere beskriver at prosjektet bidro til økt bevissthet og refleksjon rundt samhandling i egen organisasjon. En av deltakerne forteller at prosjektet ble brukt som et utgangspunkt for å få jordmødre i kommunen til å tenke nytt om oppgavedeling mellom nivåene. Hun fremhever at slike endringer krever tid og en modningsprosess, særlig i dialog med fagforeninger og tillitsvalgte.

Erfaringene fra prosjektet har også gitt deltakerne større forståelse for den andre sektorens perspektiver og bedre innsikt i hvordan samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste kan utvikles i praksis. Denne innsikten brukes aktivt i dialog med toppledere og kommunedirektører, særlig i arbeidet med helsefelleskapene. En annen deltaker beskriver at deltakelsen har styrket hennes trygghet i lederrollen og evne til å håndtere samhandlingsutfordringer i komplekse situasjoner. Hun opplever at samhandling nå har fått større plass i organisasjonens interne diskusjoner.

Selv om prosjektet ikke førte til umiddelbare endringer i egen organisasjon, har det bidratt til en gradvis modning i fagfeltet. Temaet har blitt videreført i andre utviklingsprosjekter i senere kull, og det er etablert et pilotprosjekt mellom Bydel Stovner og Akershus universitetssykehus som prøver ut modellen for delt bemanning som ble utviklet i prosjektet.

7.2.5 Hva er avgjørende for å få til implementeringen av utviklingsprosjektet

Prosjektdeltakerne peker på flere forhold som avgjørende for å lykkes med å implementere kombinasjonsstillinger for jordmødre. For det første må ordningen være tydelig forankret på ledernivå i både kommune- og spesialisthelsetjenesten, slik at ansvar for oppfølging, finansiering og koordinering blir klart definert. Uten slik forankring blir initiativene lett personavhengige og sårbare. Klare avtaler om arbeidstid, lønn og ledelse trekkes frem som nødvendige forutsetninger, da uklare rammer i dag skaper usikkerhet og gjør det vanskelig å etablere forpliktende avtaler mellom tjenestenivåene.

Tillit og ledelse løftes også frem som viktig både i oppgaven og i intervjuet med prosjektgruppen. Evnen til å skape en felles forståelse av utfordringsbildet og bygge tillit mellom nivåene blir fremhevet som avgjørende. Deltakerne understreker at hensikten med kombinasjonsstillinger ikke er å dekke hull i bemanningen, men å utvikle en mer helhetlig og sammenhengende jordmortjeneste. Samtidig trekker deltakerne frem i intervjuene at erfaringene er at politiske prioriteringer og lokale økonomiske rammer kan være styrende for om slike tiltak får gjennomslag. Selv gode initiativer kan stoppes dersom de møter politisk motstand, og lederne må derfor evne å forankre ideen både administrativt og politisk.

Under intervjuet peker også deltakerne på at fagmiljøene trenger tid til modning. I starten møtte ideen om delt bemanning betydelig skepsis, særlig blant jordmødre i kommunen som hadde valgt bort turnusarbeid. Etter hvert har fagforeningene vist større åpenhet, og interessen for å prøve ut ordningen har økt.

Til slutt fremhever deltakerne behovet for nasjonal støtte og tydelige rammebetingelser. Deltakerne mener at erfaringene fra prosjektet viser et stort potensial for kombinasjonsstillinger som virkemiddel for bærekraftig bemanning, men at realiseringen krever ledelsesforankring, tillit, politisk vilje og økonomiske insentiver for å gi varig effekt.

7.3 Digital FACT - by og land, hand i hand

7.3.1 Kort om prosjektet

Oppgaven «Digital FACT – by og land, hand i hand» tar for seg hvordan helsetjenesten kan møte framtidens bærekraftutfordringer gjennom digitalisering av FACT-modellen (Flexible Assertive Community Treatment). FACT-team er tverrfaglige og oppsøkende team som skal følge opp personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer (ROP-pasienter). I Norge består slike team av både kommune- og spesialisthelsetjeneste, og de reiser ofte langt for å møte pasientene fysisk. Den tradisjonelle modellen er ressurskrevende og sårbar, spesielt i små og usentrale kommuner, der store geografiske avstander gjør det vanskelig å sikre et likeverdig tilbud. Digital FACT er derfor en videreutvikling av FACT som kan bidra til å redusere reise- og ressursbruk fra spesialister, som kan utjevne forskjeller i tilgang på helsetjenester og som kan forbedre samarbeidet mellom kommuner og sykehus gjennom digitale løsninger.

Oppgavens hovedproblemstilling er *Hvordan kan FACT organiseres for å sikre et bærekraftig digitalt tilbud i små og usentrale kommuner?* Mer spesifikt var hensikten med oppgaven å:

- Utforske hvordan digitalisering kan gjøre FACT mer bærekraftig,
- Kartlegge hva som finnes av digitale FACT-team nasjonalt,
- Og undersøke hvordan digitalisering påvirker teamkultur, psykologisk trygghet og kvalitet.

7.3.2 Motivasjon og forventninger

Oppgaven bygger direkte på et forprosjekt, der en av prosjektdeltakerne var involvert, som ble gjennomført i Region Setesdal, med deltakelse fra fem kommuner (Bykle, Valle, Bygland, Evje og Hornnes og Åseral). Prosjektet ble ledet av Lokalmedisinske tjenester (LMT) Setesdal i samarbeid med Sørlandet sykehus HF. Dette forprosjektet hadde som mål å kartlegge behovet, inntakskriteriene, organisering og økonomi for å etablere et klassisk FACT-team i rurale og spredt-bygde områder. Oppgaven viderefører dette ved å ta utgangspunkt i den kartleggingen og erfaringene fra Setesdal, men utvider perspektivet ved å stille spørsmålet om hvordan FACT kan organiseres som et bærekraftig digitalt tilbud i små og usentrale kommuner. Gjennom koblingen til forprosjektet i Setesdal bygger oppgaven på faktiske erfaringer og utfordringer i en kommuneregion med lang reisevei, lav befolkningstetthet og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Prosjektdeltakerne oppgir at prosjektet i Setesdal fungerte som en case og en kilde til innsikt som oppgaven benyttet for å utvikle sin modell for digital FACT-team, samt å drøfte muligheter, barrierer og gevinstpotensialet ved digitalisering i slike regioner.

7.3.3 Gjennomføring

Prosjektgruppen benyttet en kvalitativ og iterativ arbeidsmetode for å utforske hvordan FACT-modellen kan organiseres digitalt for å sikre bærekraft i små og usentrale kommuner. Arbeidet ble gjennomført i seks faser, med veksling mellom datainnsamling, analyse, refleksjon og modellutvikling. Prosjektgruppen la særlig vekt på å samle inn erfaringer fra praksisfeltet, og på å utvikle et praktisk

anvendbart rammeverk som kan støtte videre utvikling og implementering av digitale FACT-team i Norge.

I den første fasen gjennomførte gruppen intervjuer med fagpersoner i både kommuner og spesialisthelsetjenesten for å få innsikt i dagens praksis og utfordringsbilde. Dette inkluderte ledere og teammedlemmer fra etablerte FACT-team i ulike regioner, samt representanter fra nasjonale ressursentre som NAPHA og Helsedirektoratet. Enkelte intervjuer ble også gjennomført med internasjonale aktører, blant annet fra Nederland, for å hente erfaringer fra heldigitale team. Deretter ble det arrangert en digital workshop med ledere fra FACT-team, fagpersoner og en erfaringskonsulent (tidligere pasient) for å samskape en forståelse av hva et digitalt FACT-team kan være, og hvordan digital modenhet kan beskrives i ulike utviklingstrinn. Denne prosessen resulterte i utviklingen av en modell for digital FACT og en digital modenhetsskala basert på Kræmmersgaards rammeverk for digital modenhet. I neste fase ble modellen testet og diskutert i faglige fora, blant annet i presentasjon under samling i NTLF, hvor prosjektgruppen fikk tilbakemeldinger fra andre studiedeltakere. På bakgrunn av disse innspillene ble modellen justert og videreutviklet, og det ble utarbeidet et gevinstavtrykk som synliggjorde forventede effekter av digital FACT sammenlignet med tradisjonell FACT.

7.3.4 Effekter av prosjektet i egen organisasjon

I forbindelse med evalueringen er det gjennomført intervjuer med tre av de fire prosjektdeltakerne som var tilknyttet utviklingsprosjektet. Deltakerne beskriver at erfaringene er videreført og tatt i bruk i ulik grad i egne organisasjoner etter gjennomført utviklingsprosjekt. Tre av prosjektdeltakerne var en del av samme helseregion (Helse Sør-Øst) og en tilhørte regionen Helse-Midt.

En av deltakerne i utviklingsprosjektet var, som allerede nevnt, involvert i forprosjektet FACT digital region Setesdal og er fortsatt aktiv i dette arbeidet. Prosjektet har vært i gang siden 2023 og har fått utviklingsmidler fra Statsforvalteren i Agder. Det skal etter planen pågå fram til 2027, da det skal vurderes om modellen skal over i permanent drift. KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet), et nasjonalt fagmiljø under Helsedirektoratet med ansvar for kompetanseheving og fagutvikling innen rus og avhengighet, har også sluttet seg til som samarbeidspartner i prosjektet. Selv om prosjektet fortsatt er gående i Setesdal, vurderes det som lite sannsynlig at denne prosjektet og eventuelle effekter direkte kan tilskrives som følge av utviklingsprosjektet. Samtidig understreker den langsiktige og brede involveringen av ulike aktører i FACT digital region Setesdal at tematikken for utviklingsprosjektet fortsatt er høyaktuell og at digital FACT stadig er et relevant tiltak som kan vurderes for implementering i andre distriktsområder.

Den andre gruppedeltakeren som er intervjuet, deler hun ikke har vært involvert i noen digital FACT-etablering i egen kommune/region etter ferdigstilt utviklingsprosjekt. Likevel har erfaringene fra oppgaven gitt overføringsverdi til andre digitaliseringsprosjekter, blant annet innen digital hjemmesykepleie og digitale tverrfaglige møter. Refleksjonene fra prosjektet har bidratt til en bredere forståelse av hvordan digital samhandling kan styrke tjenester i små distriktskommuner, og hvordan digitalisering av tjenestene, snarere enn pasientene, kan gi reell gevinst og bærekraft i helsearbeidet.

Den tredje deltakeren som er intervjuet deler at prosjektet har bidratt til å skape engasjement og interesse for digital FACT. I Trøndelag har prosjektet blitt presentert i flere sammenhenger, både for egen ledergruppe og i helsefellesskapet, og interessen har vært stor. Dette førte blant annet til at det ble tildelt samhandlingsmidler til å pilotere en digital FACT-modell i Trøndelag, som et direkte resultat av inspirasjon fra oppgaven. Prosessen har imidlertid vist seg mer krevende enn forventet. For å realisere modellen må spesialisthelsetjenesten kobles tettere til kommunene i regionen, og her har det vært utfordrende å få til forpliktende interkommunalt samarbeid. Etter hvert meldte en av kommunene i regionen på seg som interessenter, men prosjektet er forsinket blant annet på grunn av

organisatoriske endringer og usikkerhet knyttet til relokalisering av teamet. Det står fortsatt 800 000 kroner igjen til disposisjon for arbeidet, og helsefellesskapet har gitt tilsagn om ytterligere midler ved behov.

7.3.5 Hva er avgjørende for å få til implementeringen av utviklingsprosjektet

Erfaringene fra prosjektet FACT digital region Setesdal gir et godt bilde av både muligheter og utfordringer ved å implementere digital FACT i praksis. Til tross for at prosjektet er godt forankret og har fått midler til å prøve ut modellen fram til 2027, deler deltakeren som har vært involvert i arbeidet at de har møtt flere strukturelle og organisatoriske barrierer.

En av de største utfordringene har vært å opprettholde teamfølelse og psykologisk trygghet når store deler av samhandlingen skjer digitalt. FACT-modellen bygger på tett samarbeid, felles ansvar og gjensidig tillit i teamet. Når kontakten i hovedsak foregår digitalt, krever det bevisst arbeid med kulturbygging, hyppige møteplasser og en klar felles forståelse av roller og oppgaver. Videre viser erfaringene at forankring og ledelsesstøtte er avgjørende for å lykkes. Digital FACT utfordrer etablerte strukturer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og uten aktiv støtte fra ledelsen på begge nivåer kan fremdriften lett stoppe opp. Tydelige mandat, felles mål og oppfølging fra beslutningstakere er nødvendige for å gi retning og legitimitet til arbeidet. Digital kompetanse og teknologisk infrastruktur utgjør også en viktig suksessfaktor. Det krever både tekniske løsninger som ivaretar personvern og samhandling, og tilstrekkelig opplæring slik at medarbeidere føler seg trygge i nye digitale arbeidsformer. Utviklingsprosjektoppgaven viser at flere steder har uttrykt at manglende digital modenhet i organisasjonen har hemmet framdriften.

For de regionene der det ennå ikke er etablert digital FACT, men hvor det har vært vurdert, peker informantene på at forpliktelse og timing er avgjørende. Implementeringen må «passe inn» i lokale omstendigheter, både organisatorisk og økonomisk. Det krever forpliktende samarbeid på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste, og stabile finansieringsrammer som gir rom for å utvikle og prøve ut nye løsninger over tid. Manglende felles eierskap, ulik prioritering mellom aktørene eller uavklarte finansieringsmodeller ser ut til å være blant de viktigste faktorene som hemmer implementering. Erfaringene fra Setesdal og innsikt fra deltakerne i utviklingsprosjektet viser derfor at for å oppnå implementering av tiltaket i praksis utgjør kultur, ledelse, struktur og timing viktige forutsetninger.

7.4 Samhandling rundt akutte helsetjenester for skrøpelige eldre

7.4.1 Kort om prosjektet

Prosjektet tar for seg samhandlingsutfordringer knyttet til akutte helsetjenester for pasientgruppen skrøpelige eldre. Prosjektdeltakerne ønsket å undersøke hvordan man kan tilby tjenester til denne gruppen med minst mulig belastning på hele tjenesteapparatet, og samtidig unngå unødvendige sykehusinnleggelser. Bakgrunnen var en felles erkjennelse av at dagens organisering ikke gir tilstrekkelig trygghet, kompetanse eller kapasitet til å ivareta pasientene lokalt. Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ulike rammebetingelser og finansieringsmodeller, noe som skaper barrierer for effektiv samhandling. Prosjektet hadde særlig fokus på å se på muligheter for bruk av digitale løsninger og økt kommunikasjon mellom nivåene for å gi trygghet til helsepersonell i kommunen.

7.4.2 Motivasjon og forventninger

Flere prosjektdeltakere var motivert av ønsket om å finne løsninger på en kjent utfordring i regionen – økende antall eldre pasienter med sammensatte behov, og manglende struktur for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. En prosjektdeltaker beskrev at motivasjonen sprang ut fra behovet for å se tjenestene under ett og utvikle bedre systemer for hvordan pasientene kan få hjelp

nærmere der de bor. Samtidig ønsket de å utforske hvordan digitale hjelpemidler kunne bidra til å øke tryggheten i kommunehelsetjenesten. Ambisjonen var at prosjektet skulle kunne implementeres lokalt og gi grunnlag for videre søknad om samhandlingsmidler.

7.4.3 Gjennomføring

Prosjektet ble gjennomført som et samarbeid mellom deltakere fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge, med deltakere fra Sortland kommune, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Prosjektgruppen gjennomførte intervjuer med ansatte i sine respektive organisasjoner for å kartlegge utfordringer og mulige tiltak. Flere opplevde at prosessen var krevende fordi deltakerne hadde ulike perspektiver, og fordi rammene for prosjektet var noe uklare. Utviklingsprosjektet fikk også stor plass i programmet, og enkelte opplevde at fokuset på prosjektarbeidet kom for tidlig i studieforløpet. Til tross for dette beskriver flere prosjektdeltakere prosessen som lærerik, særlig knyttet til innsikt i samhandlingsutfordringer og prosjektledelse.

7.4.4 Effekter av prosjektet i egen organisasjon

Prosjektet har bidratt til økt forståelse for hvordan tjenestene fungerer på tvers av nivåer, og hvilke praktiske og strukturelle hindringer som oppstår i samhandlingen. En prosjektdeltaker fortalte at prosjektet har gitt henne større bevissthet rundt hvordan kommunen og sykehuset tenker og handler ulikt, blant annet når det gjelder beslutningsprosesser og ansvarsdeling. Flere peker på at det å delta i prosjektet ga verdifulle kontakter og økt forståelse for de andre aktørenes virkelighet. Selv om prosjektet ikke har blitt videreført i praksis, mener flere at kunnskapen fra arbeidet har påvirket hvordan de tenker og kommuniserer om samhandling i egen organisasjon.

7.4.5 Hva er avgjørende for å få til implementeringen av utviklingsprosjektet

Samtlige prosjektdeltakere peker på mangel på tid, ressurser og organisatorisk forankring som hovedårsaker til at prosjektet ikke er videreført etter programslutt. For å lykkes med implementering mener de det må skapes tydeligere strukturer og støtte fra ledelsen, samt en felles forståelse av mål og roller på tvers av nivåer. Det fremheves at en klarere kobling til pågående initiativer og en sterkere lokal forankring kunne økt sjansen for videreføring. Flere mener også at mindre prosjekter, med konkrete og avgrensede temaer, ville vært enklere å gjennomføre og lettere å forankre i organisasjonene. Samtidig trekkes den personlige læringen og nettverksbyggingen frem som viktige gevinster som har hatt varig verdi for deltakerne.

7.5 Oppsummering

Utviklingsprosjektene utgjør en sentral del av NTLP og skal bidra til å styrke samhandling, læring og innovasjon på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. De fire prosjektene som er vurdert i dette kapittelet spenner over et bredt tematisk spekter fra samhandling om psykisk helse og rekruttering av jordmødre, til akutte tjenester for skrøpelige eldre. Denne variasjonen viser bredden i hvordan deltakerne bruker utviklingsprosjektene til å utforske komplekse utfordringer i helsetjenesten.

Erfaringene viser at prosjektene har gitt deltakerne verdifull læring og økt forståelse for samhandling på tvers av nivåer. Samtidig varierer graden av praktisk gjennomslag. Enkelte prosjekter, som arbeidet med samhandling i sikkerhetspsykiatrien og Digital FACT, har ført til etablering av nye nettverk, fagråd og videreførte initiativer i egne regioner. Andre prosjekter, som oppgavedeling og rekruttering av jordmødre og samhandling om akutte tjenester, har i større grad bidratt til refleksjon, relasjonsbygging og faglig modning, men uten konkrete organisatoriske endringer.

Samlet viser analysen at utviklingsprosjektene først og fremst fungerer som læringsarenaer som fremmer kulturutvikling, kompetansebygging og nettverksarbeid, snarere enn som drivere for direkte tjenesteutvikling. Varig effekt forutsetter sterkere ledelsesforankring, tydelig oppfølging og strukturell støtte, slik at erfaringene fra prosjektene i større grad kan omsettes til implementerte løsninger og varige forbedringer i helsetjenesten.

8 Oppsummering

Evalueringen viser at Nasjonalt topplederprogram i stor grad oppfyller målsettingen om å utvikle strategiske ledere med økt forståelse for samhandling i helsesektoren. Programmet vurderes som faglig solid, godt organisert og med høy individuell læringseffekt. Deltakerne trekker særlig frem kvaliteten på undervisningen, veiledningen og topplederverkstedet som arenaer for refleksjon og personlig utvikling.

Samtidig viser evalueringen at effekten i mindre grad kommer til uttrykk i form av organisatoriske endringer eller varige samhandlingstiltak. Utviklingsprosjektene bidrar til økt innsikt og læring, men resulterer sjelden i implementerte løsninger. Dette henger blant annet sammen med ulik forankring, manglende oppfølging og svake strukturer for å ta i bruk den kompetansen som bygges. For å styrke programmets varige effekt anbefales det å tydeliggjøre målgruppe og samhandlingsmål, sikre bedre rekruttering fra kommunesektoren, og utvikle systemer for forankring, oppfølging og deling av kunnskap etter endt program.

8.1 Hovedfunn

Evalueringen viser at Nasjonalt topplederprogram i stor grad leverer på målsettingen om å utvikle strategiske ledere med økt forståelse for samhandling i helsesektoren. Programmet vurderes som faglig solid, godt organisert og med høy individuell læringseffekt. Deltakerne fremhever særlig den faglige kvaliteten, profesjonell gjennomføring og god tilrettelegging gitt at deltakerne er ledere som står i krevende stillinger. Innholdet oppleves som relevant og balansert og samlet sett vurderes programmet som et veldrevet utdanningstilbud.

Samtidig fremkommer enkelte utfordringer blant annet knyttet til rekrutteringsprosessen. Prosessen oppleves som mer krevende for ledere fra kommunehelsetjenesten, blant annet fordi mange selv må finne midler for å finansiere deltakelsen. Dette kan bidra til lavere representasjon fra kommunene og begrenser den tverrsektorielle verdien som programmet er ment å fremme. Den faglige sammensetningen i kullene trekkes imidlertid frem som et av programmets sterkeste kjennetegn. Møtet mellom ledere fra begge sektorene gir økt innsikt i hverandres rammer, ansvar og styringslogikk, og flere beskriver hvordan dette har bidratt til økt respekt, forståelse og bedre samarbeid i etterkant. Enkelte peker imidlertid på at forskjeller i ledernivå kan påvirke læringsutbyttet, og at programmet med fordel kan tydeliggjøre hvorvidt målgruppen primært er toppledere eller generelle helseledere med et samhandlingsfokus.

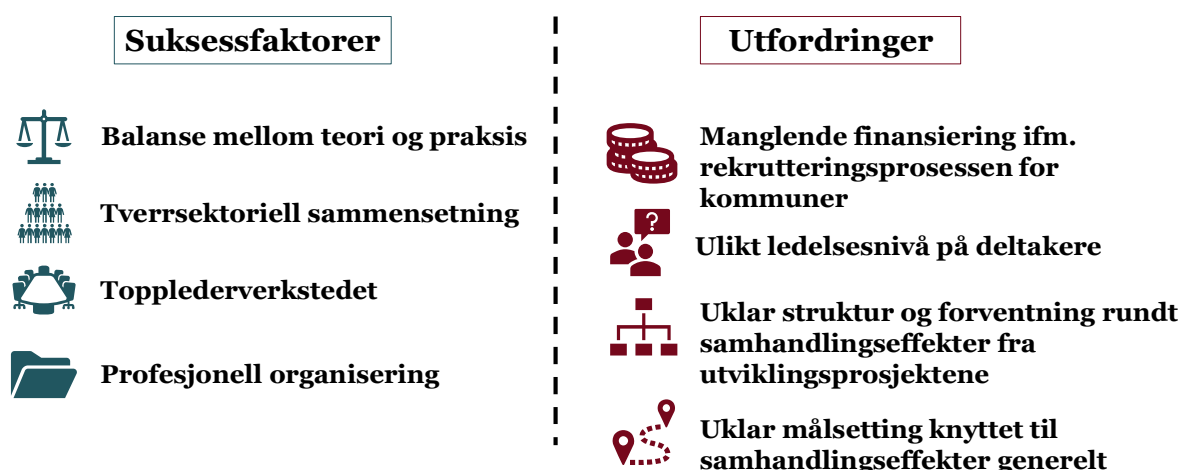
Topplederverkstedet og utviklingsprosjektene er de mest verdsatte elementet i programmet. Topplederverkstedet trekkes frem som en arena for refleksjon, trygghet og personlig utvikling, der deltakerne får anledning til å utforske egen lederrolle i fortrolighet med andre deltakere. Kvaliteten på veiledningen vurderes som høy, og mange beskriver at det dannes varige relasjoner med både veiledere og andre deltakere som et resultat av dette. Utviklingsprosjektene fungerer som en praktisk læringsarena som gir økt forståelse for samhandlingsutfordringer og prosjektarbeid. Samtidig viser evalueringen at prosjektene i liten grad fører til implementering eller varige endringer i tjenestene. Uklare mål, varierende forankring og manglende oppfølging gjør at mange initiativer stopper opp etter programmet. Dette reiser spørsmål om hva som er de reelle samhandlingsmålsetningene ved

programmet og særlig utviklingsprosjektene og hvorvidt forventningene til prosjektene som samhandlingsverktøy bør justeres eller tydeliggjøres iht. en presisering av disse målsetningene

Effekten av programmet fremstår samlet sett som sterkest på individnivå. Deltakerne rapporterer økt trygghet i lederrollen, bedre verktøy for strategisk ledelse og større bevissthet rundt egen påvirkningskraft. På organisasjonsnivå er imidlertid effekten mer begrenset, noe som i stor grad tilskrives svak forankring hos arbeidsgivere og strukturer som ikke tilrettelegger for videre bruk av kompetansen. Flere etterlyser systemer for oppfølging og deling av kunnskapen som opparbeides, både i egne organisasjoner og i helsefelleskapene. For å realisere programmets fulle potensial, bør det vurderes hvordan KS, RHF-ene og HOD kan bidra til tydeligere forventninger, bedre oppfølging og økt tilrettelegging for at den kompetansen som bygges i programmet faktisk tas i bruk. En slik forankring vil være avgjørende dersom programmet skal bidra til varige organisatoriske endringer og styrket samhandling i helsetjenesten.

For å oppsummere hovedfunn har vi identifisert fire suksessfaktorer som har vært avgjørende for at programmet i stor grad har lyktes. I tillegg vurderer vi at det er fire hovedutfordringer som muligens hindrer høyere måloppnåelse, se Figur 8-1.

Figur 8-1 Suksessfaktorer og utfordringer i Nasjonalt topplederprogram



Kilde: Menon Economics

8.2 Forslag til videreutvikling av programmet

Basert på våre hovedfunn fra evalueringen ønsker vi og til sammen løfte fem forslag til hovedområder for videreutvikling av Nasjonalt topplederprogram. Anbefalingene tar sikte på å styrke både relevans, gjennomføring og varig effekt av programmet:

1. **Styrke rekrutteringsprosessen fra kommunesektoren.** For å sikre bredere deltakelse fra kommunene anbefales det at KS i samarbeid med de regionale helseforetakene vurderer en ordning for delfinansiering eller frikjøp av kommunale ledere. I tillegg bør rekrutteringen forankres sterkere i kommunenes ledelsesnivåer, muligens ved hjelp av KS, slik at deltakelsen oppleves som et strategisk valg for organisasjonen fremfor et individuelt initiativ.
2. **Avklare målgruppe og deltakerprofil.** Programmet rommer i dag et stort spenn mellom toppledere og mellomledere, noe som vi ser påvirker læringsutbytte og relevans. Flere deltakere og fagansvarlige har pekt på at begrepet «topplederprogram» kan være misvisende,

ettersom mange av deltakerne opererer på et lavere nivå. Oppdragsgiver anbefales derfor å ta en prinsipiell beslutning om hvem programmet er ment for: Skal det være et strategisk topplederprogram, et helselederprogram på tvers av nivåer, eller et utviklingsprogram for ledere som eksplisitt jobber med samhandling? En tydelig målgruppe vil trolig gjøre det enklere å tilpasse innhold, forventninger og sammensetning av kull.

3. **Konkretisere og operasjonalisere målene for samhandling.** I forlengelsen av arbeidet med å tydeliggjøre målgruppen for programmet, anbefales det også å konkretisere målsettingene knyttet til samhandlingseffekter. Evalueringen viser et behov for å presisere hvilke former for samhandling programmet faktisk skal bidra til, og hvordan dette skal komme til uttrykk gjennom læringsmål, innhold og særlig i lys av utviklingsprosjektene. Vi anbefaler å vurdere hvorvidt målsettingen primært skal handle om å styrke lederes forståelse for samhandling og øke gjensidig innsikt mellom nivåene, eller om programmet også skal legge til rette for utvikling av konkrete samhandlingsprosjekter og organisatoriske endringer. En slik avklaring vil gjøre det mulig å justere forventninger og innretning i tråd med programmets faktiske ambisjoner.
4. **Styrke struktur og oppfølging av utviklingsprosjektene.** Utviklingsprosjektene er en sentral del av programmets læringsmodell, men evalueringen viser behov for tydeligere rammer, forankring og oppfølging. Mange deltakere etterlyser en klarere hensikt med prosjektene, sterkere organisatorisk støtte og bedre plan for implementering etter programslett. For å øke læringsutbytte og sikre større effekt anbefales det å vurdere og:
 - a. *Tydeliggjøre hensikten:* Avklare om prosjektene primært skal fungere som læringsarenaer, pilotprosjekter for sektoren – eller begge deler.
 - b. *Gi retning og valgmuligheter:* Kombinere frihet til å utvikle egne ideer med en idébank utarbeidet av KS og RHF-ene, slik at prosjektene lettere kan knyttes til faktiske behov i tjenestene.
 - c. *Sikre forankring og oppfølging:* Kreve tydeligere forankring i deltakernes organisasjoner før oppstart, og vurdere ordninger der KS og RHF-ene følger opp og ser på hvordan man kan videreutvikle de mest relevante prosjektene i etterkant, for eksempel gjennom helsefellesskapene eller samhandlingsmidler.
5. **Se på hvordan kunnskapen som skapes i programmet kan spres.** Programmet generer betydelig kunnskap gjennom samlingene, topplederverkstedene og utviklingsprosjektene. Samtidig finnes det ingen helhetlig strategi for hvordan den samlede kunnskapen kan tas i bruk etter endt program. Erfaringene forblir i stor grad individuelle, og potensialet for læring på tvers av kull og sektorer utnyttes dermed ikke fullt ut. Vi anbefaler derfor å vurdere hvordan blant annet alumninettverket eller andre eksisterende arenaer kan brukes mer aktivt som plattform for erfaringsdeling og som en ressurs for helsesektoren samlet sett.

Referanser

De regionale helseforetakene og KS. (2019). *Oppdragsavtale: Avtale om utrednings- og utviklingsoppdrag*. Difi.

Handelshøyskolen BI. (2025). *Nasjonalt topplederprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.bi.no/studier-og-kurs/kurs/customised/nasjonalt-topplederprogram-for-kommune--og-spesialisthelsetjenesten/#slik-s-ker-du>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *NOU 2023: 4*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=4>

Kirkpatrick Partners. (u.d.). *The Kirkpatrick model*. Hentet fra <https://www.kirkpatrickpartners.com/the-kirkpatrick-model/>

OECD. (2019). *Evaluation Criteria*. Hentet fra OECD.org: <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/development-co-operation-evaluation-and-effectiveness/evaluation-criteria.html>

Regjeringen. (u.d.). *Helsereformutvalget*. Hentet fra https://nettsteder.regjeringen.no/helsereformutvalget/mandat/?utm_source=chatgpt.com

9 Vedlegg 1: Mer om datainnsamlingen

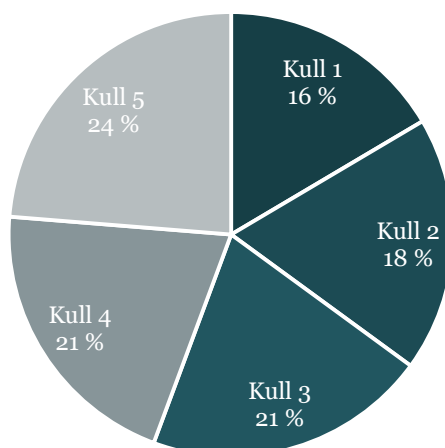
9.1 Om spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen hadde som formål å gi bredde og statistisk grunnlag ved å samle inn systematiske erfaringer fra en representativ andel av deltakerne i programmet. Undersøkelsen ble sendt ut til alle deltakerne som hadde deltatt på et av de første fem kullene, med andre ord, til 213 deltakere. Vi fikk inn 97 svar, noe som gir oss en svarandel på 46 prosent. Videre gir dette oss en feilmargin på 7 prosent. Det betyr at resultatene fra spørreundersøkelsen kan avvike med inntil syv prosentpoeng fra hva hele populasjonen av deltakere faktisk mener. I praksis betyr at dersom 70 prosent av respondentene svarer «ja» på spørsmålet «Er du fornøyd med programmet?», betyr det at vi med en feilmargin på 7 prosent kan anta at mellom 63 og 77 prosent av alle deltakerne i programmet ville svart det samme. Med 97 svar av 213 mulige er svargrunnlaget relativt solid, men usikkerheten må likevel tas med i tolkningen. Resultatene kan brukes til å identifisere mønstre, tendenser og forskjeller mellom grupper.

Respondentene er godt fordelt mellom de ulike kullene

Det første kullet i Nasjonalt topplederprogram deltok i 2020/2021, mens kull 2 gjennomførte i 2021/2022. Deretter fulgte kull 3 i 2022/2023, kull 4 i 2023/2024 og kull 5, som fullførte våren 2025. Av de 97 respondentene i undersøkelsen er det en tilnærmet jevn fordeling mellom kullene som figuren under viser.

Figur 9-1 Fordelingen av respondenter etter kull i Nasjonalt topplederprogram



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

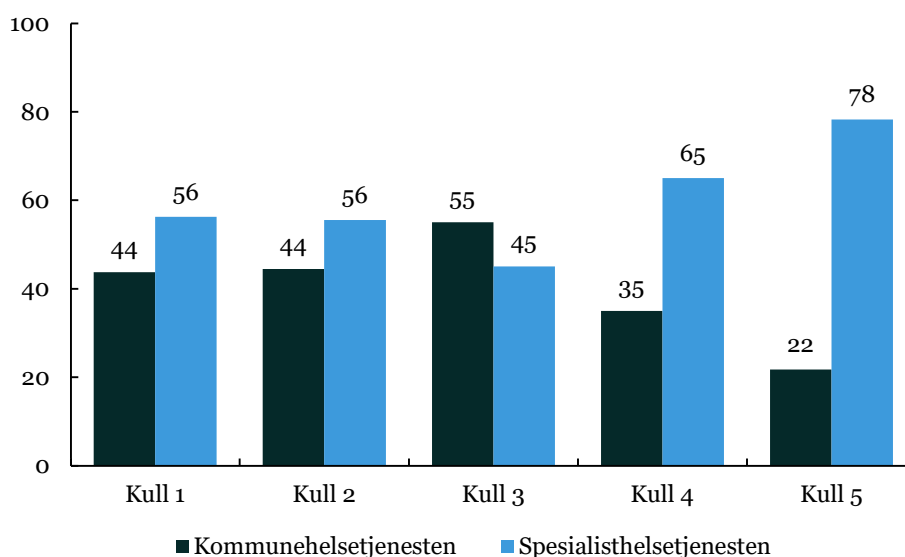
Kull 1 utgjør 16 prosent av svarene og er dermed det kullet med færrest respondenter. Kull 5 utgjør størst andel med 24 prosent, mens kull 2, 3 og 4 ligger på henholdsvis 18, 21 og 21 prosent. Utvalget fremstår som balansert, med svar fra alle fem kull. Dette gir et godt grunnlag for å belyse erfaringer på tvers av alle fullførte kull i programmet.

Flest deltakere fra spesialisthelsetjenesten har svart

I vår spørreundersøkelse er 39 prosent av de som har svart fra kommunehelsetjenesten, mens 61 prosent arbeider i spesialisthelsetjenesten. Utvalget er dermed ikke helt balansert mellom de to sektorene ettersom antall studiedeltakere i praksis er likt fordelt mellom de to sektorene, men

forskjellen er likevel ikke signifikant. Fordelingen av respondenter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten per kull er vist i figuren under.

Figur 9-2 Fordelingen av respondenter fra kommune – og spesialisthelsetjenesten per kull, i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

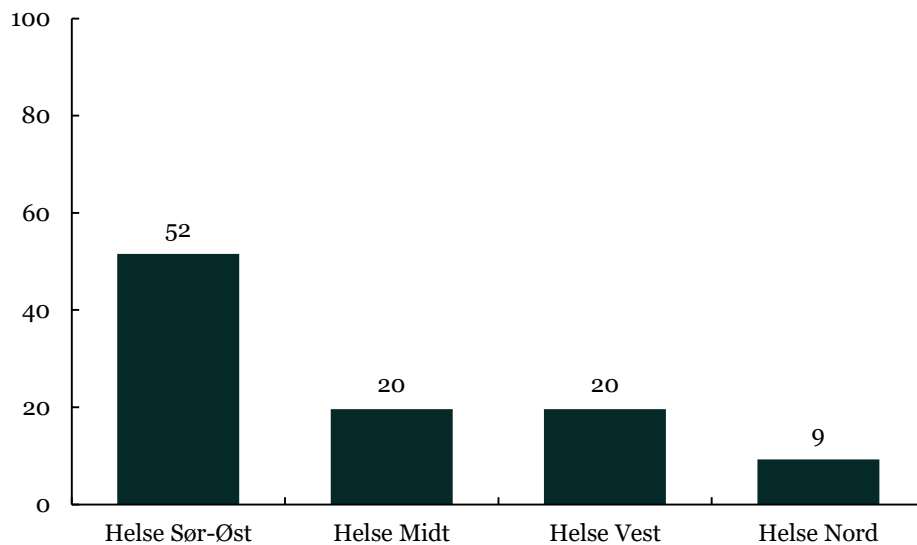
Vi ser at i kull 1, 2 og 3 er andelen fra de to sektorene omtrent lik, med variasjoner rundt 50 prosent. Kull 3 er det eneste kullet der flere fra kommunehelsetjenesten i forhold til spesialisthelsetjenesten har svart. For kull 4 og 5 ser vi derimot en tydelig overvekt av respondenter fra spesialisthelsetjenesten, med henholdsvis 65 og 78 prosent.

Ifølge årsrapporter vi har fått tilgang til, hadde kull 1, 2, og 3 en jevn fordeling av deltakere mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. For kull 4 fremgår det at rekrutteringen var mer krevende, og det endte med 22 deltakere fra spesialisthelsetjenesten og 20 fra kommunehelsetjenesten. I rapporten pekes det på at grunner til at det kan ha vært vanskelig å fylle opp kommune plassene var manglende forankring av deltakelse på programmet hos egen leder og presset kommuneøkonomi. Årsrapport fra kull 5 blir publisert i slutten av året 2025.

Den største andelen respondenter kommer fra Helse Sør-Øst

Vi har også undersøkt hvordan respondentene fordeler seg geografisk mellom helseregionene. Figuren under viser at halvparten av respondentene i undersøkelsen kommer fra Helse Sør-Øst. Videre er 20 prosent fra Helse Midt-Norge, 20 prosent fra Helse Vest og 9 prosent fra Helse Nord. Dette innebærer en overrepresentasjon av respondenter fra Helse Sør-Øst.

Figur 9-3 Fordelingen av hvilken helseregion respondentene tilhører, i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

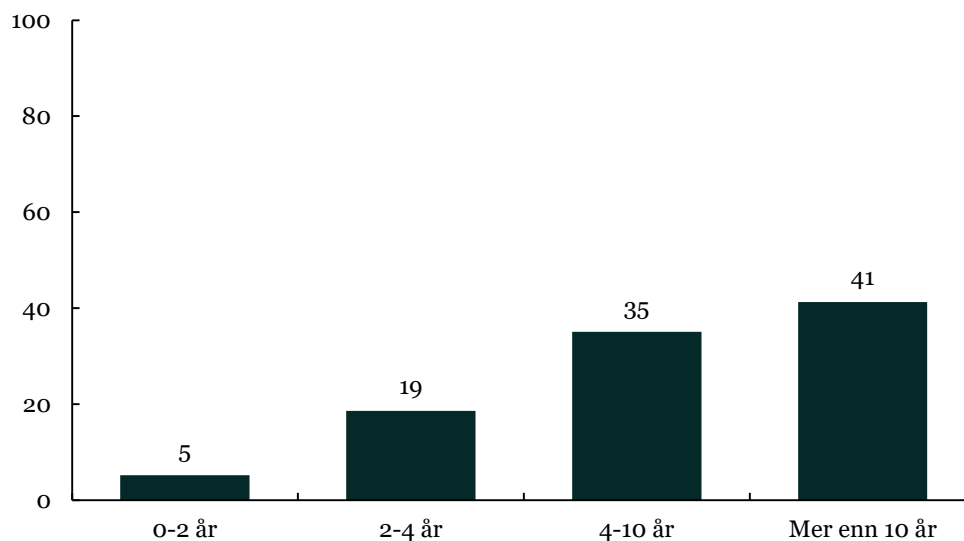
Samtidig reflekterer denne fordelingen i stor grad størrelsen på helseregionene. Helse Sør-Øst dekker om lag 2,9 millioner innbyggere, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge dekker henholdsvis 1,2 millioner og 700 000 innbyggere. Helse Nord er den minste regionen med rundt 480 000 innbyggere.

Lederstillinger og ledererfaring til respondentene

Over 60 prosent av respondentene består av avdelingsledere, kommunalsjefer og kliniksjefer, med omtrent lik fordeling mellom disse gruppene. Den resterende andelen omfatter ulike lederstillinger som enhetsledere, virksomhetsledere, assisterende kliniksjefer, kommunedirektører innen helse og omsorg, samt fagdirektører, klinikkoverleger, samhandlingssjefer og økonomi- og finansdirektører.

De fleste respondentene har lang erfaring som ledere før de deltok i NTLP som vist i figuren under. Hele 40 prosent har mer enn ti års ledererfaring, mens i overkant av 30 prosent har mellom fire og ti års erfaring. Kun fem prosent av respondentene har mindre enn to års ledererfaring.

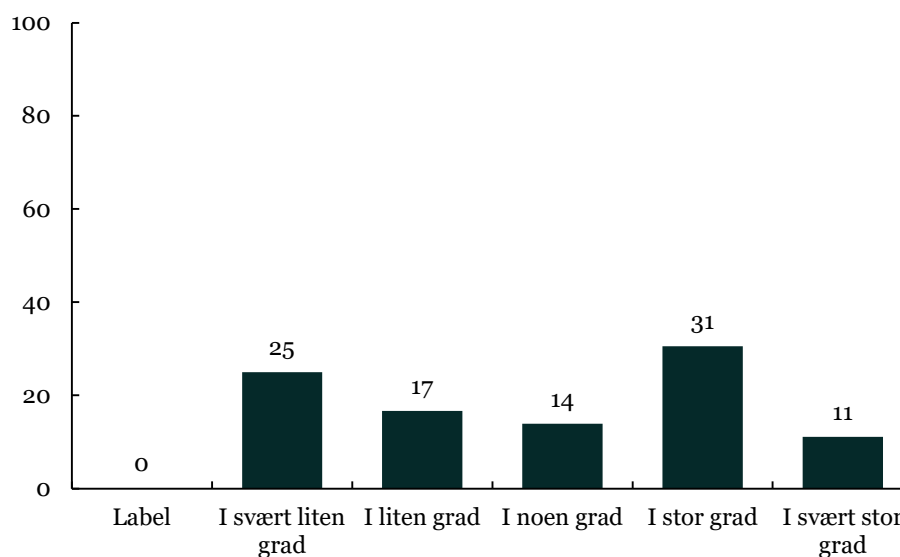
Figur 9-4 **Hvor lenge hadde du jobbet som leder før du deltok i NTLP, i prosent**



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

I spørreundersøkelsen ble deltakerne spurt om de hadde byttet jobb eller rolle etter deltakelsen i NTLP. Litt i overkant av 60 prosent oppgir at de ikke har byttet, mens rett under 40 prosent svarer at de har gjort det. Når disse deltakerne videre ble spurt i hvilken grad de vurderte at deres deltakelse i NTLP var en årsak til at de byttet jobb svarte litt i overkant av 40 prosent til sammen i stor grad og i svært stor grad, mens en like stor andel svarte i svært liten grad til liten grad. Dermed ser det ut som NTLP ikke er en utløsende faktor for at deltakerne bytter jobb. Det er imidlertid en noe høyere andel fra kommunehelsetjenesten som svarer at de har byttet jobb etter deltakelsen (47 prosent), sammenlignet med dem som kommer fra spesialisthelsetjenesten (31 prosent).

Figur 9-5 **I hvilken grad vurderer du at deltakelsen i NTLP var en medvirkende faktor for at du byttet rolle/jobb i etterkant av deltakelsen.**



Kilde: Spørreundersøkelse til deltakere i NTLP utført av Menon Economics. N=97

9.2 Seleksjon av utviklingsprosjektene

For å sikre en seleksjon i tråd med hva som er beskrevet i metodekapittelet, gikk vi først gjennom samtlige prosjekter (37) fra de første fem kullene og ekskluderte de prosjektene vi vurderte ikke handlet om samhandling. Hovedformålet med dypdykkene var nettopp å vurdere hvorvidt prosjektene hadde ført til bedre samhandling på tvers av de ulike tjenestenivåene. Da sto vi igjen med 30 prosjekt. For å kunne få en god vurdering av prosjektet var vi også avhengig av at deltakerne i prosjektet hadde svart på spørreundersøkelsen. Derfor ekskluderte vi de prosjektene hvor ingen på gruppen hadde svart på undersøkelsen (5 stk.). Av de 25 som var igjen benyttet vi oss av KI som gjennomførte en randomisert trekning av 10 prosjekt hvor vi ba om en variasjon i kull, tema og grad av måloppnåelse (definert fra spørreundersøkelsen). Ut fra de 10 prosjektene valgte vi ut 4 av dem som svarte ut variasjonen vi ønsket knyttet til oppgavetema. Se figur under for oppsummering av utvelgelsesmetode.

Figur 9-6 Oppsummering av utvelgelsesprosessen for utviklingsprosjektene.



Kilde: Menon Economics

I tabellen under har vi laget en oversikt av de fire utvalgte utviklingsprosjektene.

Navn på prosjekt	Tema
Hvordan kan aktørene i helsevesenet arbeide for å oppnå trygg overføring, verdig bosetting og godt samfunnsvern for pasienter med psykiske lidelser og voldsrisiko?	• Psykiatri • Tjenesteutvikling
Samhandling rundt akutte helsetjenester for pasientgruppen skrøpelige eldre	• Somatikk/skrøpelige eldre • Tjenesteutvikling
Digital FACT - By og land, hand i hand	• Psykiatri • Digitale tjenester
Samarbeid mellom sykehus og kommuner om rekrutteringsutfordringer	• Somatikk/fødselsomsorg • Oppgavedeling



Menon
Economics

Menon Economics

Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo

+47 909 90 102

post@menon.no

menon.no