

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Digitale kurs gir mange ny innsikt i helsepedagogikk

Nettbaserte kurs kan bidra til å styrke helsepedagogisk kompetanse. En evaluering viser at digital trygghet og erfaringsdeling er viktig for læringen.

André Vågan

Seniorforsker

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse og Eikholt nasjonalt ressurscenter for døvblinde

Anita Røyneberg Alvheim

Forsker og spesialrådgiver

Oslo universitetssykehus, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse

Hilde Blindheim Børve

Spesialrådgiver

Oslo universitetssykehus, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse

Torild Hille Lokøen

Brukerrepresentant

Oslo universitetssykehus, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse

Undervisning

Fagutvikling

Evaluering

digitalisering

Brukermedvirkning

Sykepleien 2025;113(102343):e-102343

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.102343](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.102343)

Hovedbudskap

Nasjonale digitale kurs i helsepedagogikk kan bidra til økt helsepedagogisk kompetanse. En evaluering viser likevel at læringsutbyttet blir best når en erfaren bruker deltar som medkursleder, og når deltakerne føler seg trygge digitalt.

Helsepersonell og erfarne brukere med helsepedagogisk kompetanse skal kunne bidra til økt helsekompetanse, brukermedvirkning, sosial og emosjonell støtte og egenmestring hos

personer med helseutfordringer og deres pårørende (1). Denne kompetansen er viktig for å møte behovet for informasjon, undervisning og veiledning i helse- og omsorgstjenesten (1, 2).

FAKTA

Hva er helsepedagogikk?

- Helsepedagogikk handler om å bruke pedagogiske, helsefaglige og sosialfaglige metoder i undervisning, veiledning, informasjon og rådgivning. Målet er å tilpasse tiltakene til situasjonen og den enkeltes liv og læringsevne.
- Faget brukes i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, i forebyggende og helsefremmende arbeid og i rehabilitering.
- Helsepedagogikk bygger på kunnskap fra flere fagområder, blant annet helse- og sosialfag, psykologi, pedagogikk, filosofi, sosialantropologi og sosiologi.
- Det er stort behov for mer helsepedagogisk kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, også når det gjelder bruk av digitale verktøy i pasientkurs.

Kilder: Vågan A (1), Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (3) og Christiansen B, Holmberg V, Erichsen T, Vågan A (4)

Etter flere år med fysiske kurs i helsepedagogikk gikk Nasjonal kompetansetjeneste for læring innen helse (NK LMH) over til digitale kurs som følge av pandemien. Fordelene med digitale kurs – som bedre tilgjengelighet, mindre reise- og arbeidstid og lavere kostnader – gjorde at det digitale formatet ble videreført.

Kursene retter seg mot fagpersoner og erfarne brukere som deltar i lærings- og mestringstilbud, for eksempel likepersoner, erfaringskonsulenter og brukerrepresentanter. Utviklingen av det digitale kursformatet har vært grundig testet og justert underveis (5, 6).

Kurset styrker helsepedagogisk kompetanse

Målet med kurset var å styrke deltakernes kompetanse og trygghet i å legge til rette for læring, mestring og økt helsekompetanse hos pasienter og pårørende – både individuelt og i grupper (3).

Kurset gikk over åtte uker og besto av fem kursdager, slik at deltakerne fikk tid til å reflektere over egen praksis underveis.

Undervisningen bygget på en kunnskapsbasert håndbok i helsepedagogikk (7). Sentrale temaer var helsekompetanse, brukermedvirkning, relasjonskompetanse, kommunikasjon, gruppeledelse, didaktikk samt endrings- og mestringsprosesser. Læringsutbyttet ble beskrevet som kunnskaper, ferdigheter og holdninger knyttet til disse temaene (3).

FAKTA

Læringsmål for kurset

Kunnskapsmål:

Kursdeltakere har kunnskap om:

- sentrale begreper innen lærings- og mestringspraksis
- læring og didaktikk
- endrings- og mestringsprosesser
- brukermedvirkning
- gruppeledelse

Ferdighetsmål:

- Kan legge til rette for læring, mestring og økt helsekompetanse tilpasset kontekst og behov.
- Kan anvende didaktisk relasjonsmodell i planlegging av lærings- og mestringstilbud individuelt og i gruppe.
- Kan bruke digitale ressurser og læringsaktiviteter tilpasset aktuell målgruppe.
- Kan legge til rette for sidestilt samarbeid mellom fag- og brukerkompetanse.

Holdningsmål:

- Har forståelse for betydningen av personlige egenskaper, verdier og holdninger i møte med brukere, pasienter og pårørende.
- Kan anerkjenne brukernes erfaringskunnskap og møte brukerrepresentanter med respekt og tillit.

Kilde: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (3)

Undervisningsaktivitetene tok utgangspunkt i deltakernes arbeidshverdag og besto av presentasjoner, dialog, refleksjon, erfaringsdeling, gruppearbeid, individuelt arbeid og omvendt undervisning.

Deltakerne fikk tilgang til faglige videoer, artikler og podkaster i forkant av kursdagene. Canvas ble brukt som digital læringsplattform for deling av faglig innhold, informasjon og oppgaver, mens Microsoft Teams ble brukt til videoundervisning.

Kurslederne skaper trygghet og relasjon digitalt

Å bygge gode relasjoner og trygghet digitalt kan gi bedre læringsutbytte (8). Vi jobbet bevisst og kontinuerlig med å skape et trygt kursrom der deltakerne følte seg sett og ivaretatt. For å

bli kjent på forhånd brukte vi ulike kanaler som Canvas og e-post.

«Å bygge gode relasjoner og trygghet digitalt kan gi bedre læringsutbytte.»

Under kursene møtte vi deltakerne med navn og tilhørighet når de logget inn eller skrev i chatten. Vi viste forståelse for ulik grad av deltakelse – for eksempel hvis noen ikke ønsket eller kunne ha kameraet på. Samtidig var vi åpne og personlige og delte egne erfaringer og små historier, også om tekniske utfordringer med å holde digitale kurs.

En annen viktig faktor var brukermedvirkning – både i planlegging, gjennomføring og evaluering av kurset og som en del av undervisningsmetoden. I tillegg til å være kursleder på alle kursdagene holdt den erfarne brukeren (THL) flere erfaringsinnlegg for å sette temaer i kontekst og for å fremme pasientperspektivet.

Deltakerne vurderer kurset og læringsutbyttet

Etter avsluttet kurs fikk deltakerne tilsendt et evalueringsskjema i Questback. I denne artikkelen analyserer vi svar fra deltakere på kursene høsten 2023, våren 2024, høsten 2024 og våren 2025. Til sammen deltok 436 personer, med mellom 80 og 140 deltakere per kurs. Av disse svarte 219 på evalueringsskjemaet, noe som gir en svarprosent på 50.

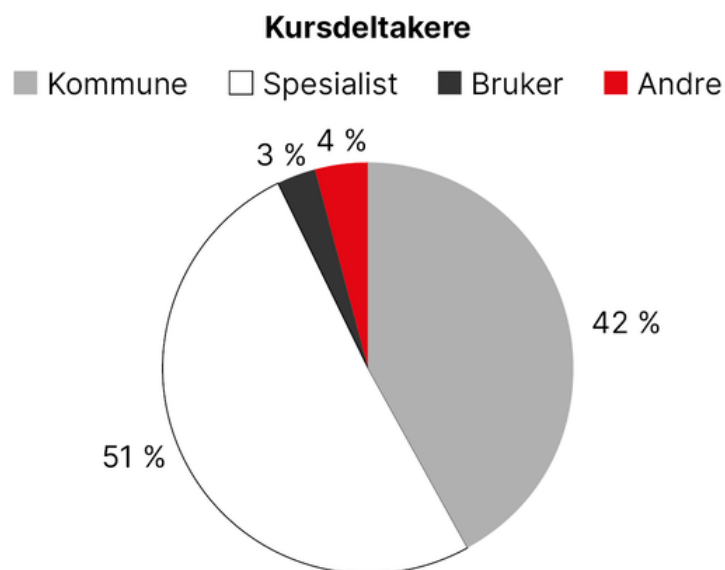
Skjemaet besto av ti spørsmål, blant annet om deltakernes egenvurderte kompetanse og læringsutbytte etter kurset, hva de mente var viktig for læringsutbyttet, opplevd trygghet på kurset, samt kursadministrasjon, innhold, varighet og kursledernes kompetanse. Deltakerne kunne også gi utdypende kommentarer og innspill i et åpent svarfelt.

Vi analyserte Questback-svarene ved hjelp av deskriptiv statistikk og gjennomsnitt og gjorde en forenklet innholdsanalyse for å oppsummere svarene i de åpne feltene.

Kurset samler fagfolk fra ulike sektorer

De fleste deltakerne jobbet i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten, men også ansatte fra utdanningssektoren og ideelle virksomheter deltok (se figur 1).

Figur 1. Andel fagpersoner, brukere og andre som deltok på kurs



Litt over halvparten av deltakerne jobbet i helseforetak – blant annet ved lærings- og mestringssentre, samt innen habilitering, rehabilitering og kompetansetjenester. 42 prosent jobbet i ulike deler av kommunehelsetjenesten, for eksempel ved frisklivssentraler eller i hjemmebaserte tjenester. Et mindre antall kom fra ideelle virksomheter, høyere utdanningsinstitusjoner eller hadde brukerkompetanse.

Denne siste gruppen besto av brukerrepresentanter som vanligvis er tilknyttet en organisasjon og får honorar for oppdrag i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Andre deltakere hadde brukererfaring uten å være knyttet til en organisasjon, men bidro i utviklingen av tilbud etter egne erfaringer som pasienter, brukere eller pårørende.

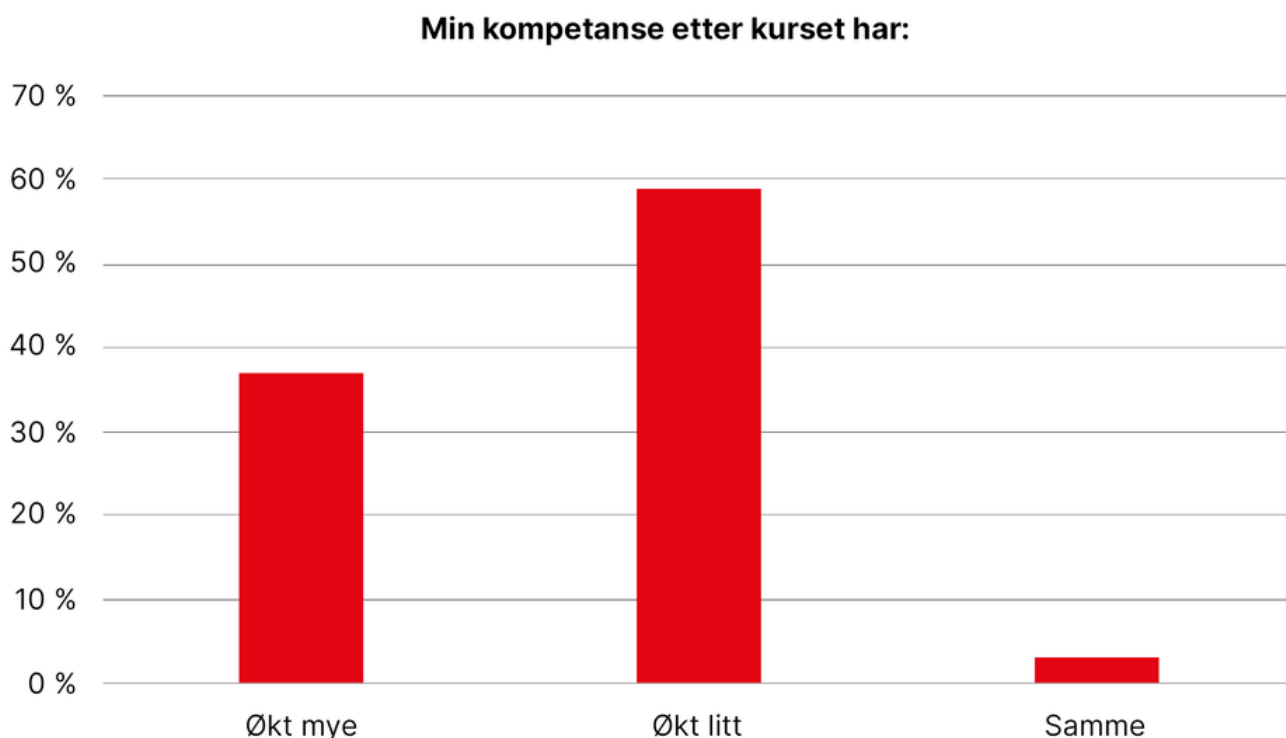
I tillegg deltok noen erfaringskonsulenter ansatt i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. I kakediagrammene er denne gruppen vist som en egen kategori, selv om de også arbeider i helsetjenesten.

Blant fagpersonene var sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter mest representert. Det deltok også sosionomer, vernepleiere, pedagoger, psykologer, leger, ernæringsfysiologer og farmasøyter, i tillegg til ledere, rådgivere og koordinatorene. Deltakerne kom fra alle helseregioner, men flest fra Helse Sør-Øst RHF.

Deltakerne rapporterer økt helsepedagogisk kompetanse

Deltakerne (n = 219) ble først spurt om i hvilken grad de opplevde økt kompetanse etter kurset. Figur 2 viser gjennomsnittet for alle kurs samlet, og hvor mange som svarte at kompetansen hadde «økt mye», «økt litt» eller var den «samme» etter kurset.

Figur 2. Vurdering av egen kompetanse etter kurset



De fleste deltakerne (59 prosent) rapporterte at kompetansen deres hadde «økt litt» etter kurset. 37 prosent svarte at den hadde «økt mye», mens bare 3 prosent oppga at kompetansen var den «samme» som før.

Før kursstart rapporterte over halvparten (52 prosent) at de hadde «ganske høy» kompetanse i helsepedagogikk. En deltaker kommenterte: «De fleste som har jobbet med disse temaene i noen år, har tenkt disse tankene. Litt for lite nytt ble brakt på banen.» Nesten halvparten (46 prosent) oppga derimot at de hadde «ganske lav» kompetanse før kurset.

For å konkretisere hvilken kompetanse deltakerne hadde oppnådd, spurte vi om kurset hadde økt deres kunnskap innen ulike helsepedagogiske områder (se figur 3).

Figur 3. Vurdering av tilegnet kunnskap

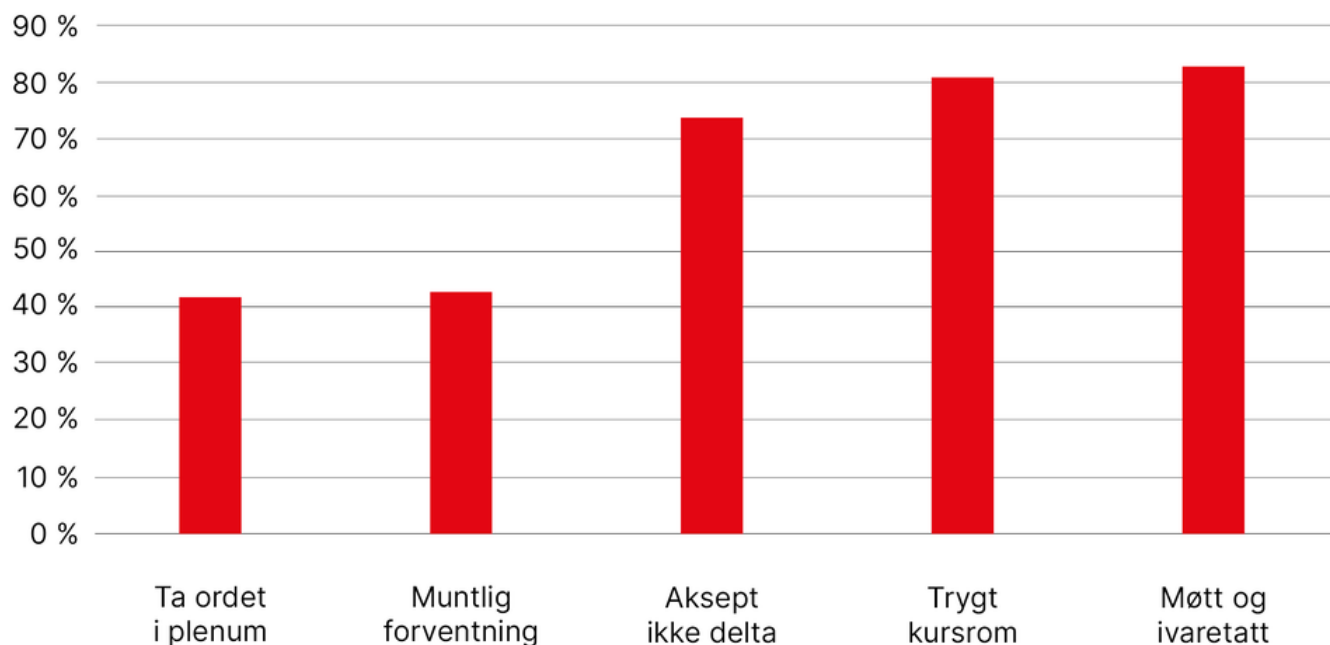


Flest deltakere (70 prosent) oppga at kurset hadde økt deres kunnskap om brukermedvirkning.

Kurslederne fremmer tillit og inkludering

Vi ønsket at deltakerne skulle føle seg sett, møtt og ivaretatt – selv om gruppene var store. Derfor ba vi dem vurdere følgende påstander: «Det var vanskelig å ta ordet i plenum», «Jeg følte forventning til å bidra muntlig og/eller i chat», «Jeg følte aksept for ikke å delta muntlig og/eller i chat», «Jeg opplevde kursrommet som trygt» og «Jeg følte meg møtt og ivaretatt av kursledere og kursdeltakere» (se figur 4).

Figur 4. Opplevelse av trygghet og aksept



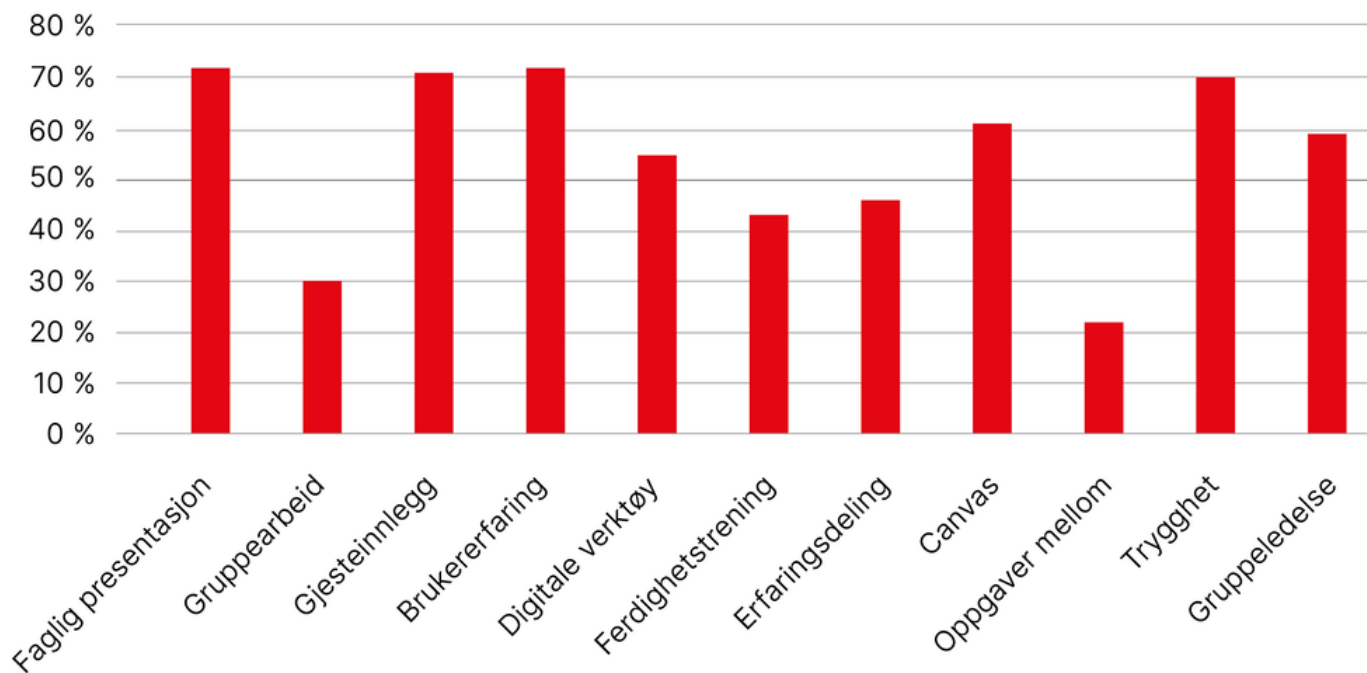
De fleste deltakerne oppga at de opplevde aksept for å ikke være synlige eller delta aktivt underveis. Flertallet beskrev også kursrommet som trygt, og de følte seg møtt og ivaretatt av kurslederne.

En deltaker skrev i et åpent svarfelt: «Kurslederne trygget deltakerne på at det var greit ikke å svare.» En annen sa: «Kursholderne var veldig til stede og oppmerksomme. Dette ga trygghet til å kunne ta ordet.»

Trygghet og brukererfaringer bidrar til læring

Deltakerne ble også spurt om hva som hadde vært viktig for læringsutbyttet etter kurset, inkludert betydningen av brukererfaringer og trygghet (se figur 5).

Figur 5. Viktige faktorer for deltakernes læringsutbytte



Flertallet oppga at faglige presentasjoner, deling av brukererfaring fra medkursleder, gjesteinnlegg og trygghet (70 prosent) i stor grad hadde bidratt til opplevd læringsutbytte.

Mellom 40 og 60 prosent av deltakerne mente at bruk av digitale verktøy, ferdighetstrening, erfaringsdeling, læringsplattformen Canvas og gruppeledelsen til kurslederne var viktige for å utvikle kunnskap, ferdigheter og holdninger.

I de åpne kommentarene var det flere som fremhevet hvor viktig det var at brukererfaringer ble delt under kurset. En deltaker skrev for eksempel: «Bruk av erfarne brukere gjorde inntrykk og ga et svært godt læringsutbytte.» En annen kommenterte: «Kjempepluss at brukerrepresentant er med som kursleder på hver kursdag – veldig lærerikt å få hennes innspill på tema underveis.»

Flere understreket også betydningen av trygghet for læringsutbytte. En deltaker sa det slik: «Kurset og kurslederne opplevdes 'nære' selv om det var digitalt. Jeg opplevde mestring og trygghet.»

Gruppearbeid og oppgaver oppleves ulikt

Bare 30 prosent av deltakerne mente at gruppearbeid hadde hatt stor betydning for læringsprosessen. En deltaker opplevde det som nyttig, men påpekte at «når arbeidshverdagen til gruppedeltakerne er veldig ulik, var det vanskelig å få noe faglig godt ut av det». En annen ønsket å ha «mer fagstoff presentert på selve kursdagen, og heller litt mindre gruppearbeid».

Samtidig trakk flere frem positive sider, blant annet en deltaker som «syntes det var fint å jobbe i grupper på tvers av virksomheter».

«Enkelte mente at kurset varte for lenge. Andre hadde motsatt erfaring og ønsket et lengre kurs.»

Få deltakere oppga at oppgavene mellom kursdagene bidro til læringsutbyttet. Flere beskrev at tidsmangel gjorde det vanskelig å prioritere dem. Som en deltaker sa: «Det var gode refleksjonsoppgaver mellom kursdagene, men jeg merket forskjell på når jeg hadde fått gjort dem i god tid – eller ikke.»

Enkelte mente også at kurset varte for lenge. En deltaker foreslo at «kursdagene kunne vært komprimert, og likevel hadde vi fått med oss det viktigste innholdet». Andre hadde motsatt erfaring og ønsket et lengre kurs – «for eksempel med repetisjon av emnene».

Kurset skaper nærhet og trygghet digitalt

Det kan være vanskelig å skape god kontakt mellom deltakere og kursledere i digitale kurs (10). Tilbakemeldingene fra deltakerne tyder imidlertid på det motsatte. Som en av dem sa: «Kurset og kurslederne opplevdes 'nære' selv om det var digitalt.»

Vi tror at vår bevisste og langvarige innsats for å skape trygghet i det digitale kursrommet har gitt resultater. Samtidig har vi selv måttet jobbe kontinuerlig med å bli trygge i det digitale formatet – gjennom prøving og feiling. Å ha en erfaren bruker som kursleder bidro også til en trygg atmosfære, god kontakt med deltakerne og mindre avstand mellom kursledelse og deltakere.

Deling av brukererfaringer ble også trukket frem som viktig for læringsutbyttet. Dette samsvarer med studier som viser at involvering av erfarne brukere i undervisning kan gi økt læringsutbytte blant fremtidige helsearbeidere (7, 8). Deltakerne uttrykte at dette styrket kursene våre.

Deltakerne har ulike behov og forventninger

Ulike kompetansebehov og preferanser hos deltakerne utfordret kursets relevans for enkelte – noe som heller ikke er uvanlig (9).

Noen oppga at de allerede hadde høy kompetanse før kurset, og etterlyste mer teoriorienterte presentasjoner og mindre erfaringsutveksling. Dette kan forklare hvorfor enkelte rapporterte at kompetansen bare hadde økt litt. Flere mente også at kurset kunne vært komprimert til tre dager.

Andre verdsatte derimot at kurset var praksisnært og ga rom for erfaringsdeling, og ønsket at det skulle vare lenger. Mens noen satte pris på gruppearbeid på tvers av virksomheter,

opplevde andre at de fikk lite faglig utbytte av det.

«Et kurs kan aldri dekke alles behov, men bare tre prosent av deltakerne oppga at kompetansen var den samme som før kurset.»

Et kurs kan aldri dekke alles behov, men bare tre prosent av deltakerne oppga at kompetansen var den samme som før kurset. Det tyder på at variasjon i arbeidsformer har vært viktig (11).

Vi erfarte at å bruke varierte arbeidsformer var viktig for å møte deltakernes ulike kompetansebehov og for å finne en god balanse mellom faglige presentasjoner, praktiske øvelser og erfaringsutveksling – noe også andre studier har vist (7, 11).

Kurset kombinerer teori og praksis for bedre læring

På kursdagene fikk vi tilbakemeldinger fra erfarne deltakere om at de fikk bekreftet og satt faglige begreper på måten de allerede jobbet på. Vårt inntrykk er at kurset ga inspirasjon til videre arbeid, selv om deltakerne hadde ulike forutsetninger.

Fremtidige kurs kan med fordel variere arbeidsformene enda mer, for bedre å imøtekomme ulike kompetansebehov (7, 10).

Kurset benyttet også omvendt undervisning, der deltakerne kunne tilegne seg fagkunnskap før kursdagene og deretter bearbeide den i diskusjoner med kursledere og andre deltakere.

Filmer, tekster, oppgaver og podkaster var tilgjengelige i Canvas, slik at deltakerne kunne lære i sitt eget tempo og etter eget behov. I tråd med tidligere studier antar vi at denne formen for omvendt undervisning har hatt positiv effekt på læringen (12).

For oss var det viktig at kurset var praksisrettet og tett knyttet til deltakernes arbeidshverdag, heller enn å ha et tungt teoretisk fokus. Målet var at deltakerne skulle få med seg noe de kunne bruke direkte i praksis. All undervisning var forankret i teorier og modeller, som ble gjort tilgjengelige som selvstudium for dem som ønsket mer teori.

Digitale kurs kan bidra til å styrke kompetanse

Helsepedagogisk kompetanse blant fagpersoner og erfarne brukere i ulike roller er en forutsetning for at pasienter, brukere og pårørende skal utvikle helsekompetanse og oppleve økt mestring i hverdagen. Denne kompetansen er avgjørende for at de skal motta helsetjenester av god kvalitet (2).

Digitale kurs i helsepedagogikk kan bidra til å styrke denne kompetansen. De har også gjort det mulig for flere – både helsepersonell, brukere og andre – å delta i kompetanseheving. Flere deltakere fortalte at de ikke ville hatt mulighet til å delta dersom kurset ikke var digitalt.

Våre erfaringer viser at variasjon i undervisningsformer, arbeid med å skape digital trygghet og deling av brukererfaringer er viktige forutsetninger for læring. Digital trygghet og aktiv deltakelse er mulig, også i store grupper, men krever systematisk arbeid over tid.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



UNDERVISNING PÅ NETT: Kurslederne legger vekt på å skape trygghet og nærhet i det digitale rommet. Gjennom personlig tilnærming, småprat og bruk av navn får deltakerne en følelse av å bli sett – selv på skjerm. *Illustrasjonsfoto: fizkes / Shutterstock / NTB*

1. Vågan A, Hvinden K. Introduksjon. I: Vågan A, red. Helsepedagogiske metoder: teori og praksis. Oslo: Gyldendal; 2020. s. 13–7.
2. Cesar FCR, Moraes KL, Brasil VV, Alves AG, Barbosa MA, Oliveira LMdAC. Professional responsiveness to health literacy: a scoping review. *Health Lit Res Pract.* 2022;6(2):e96–e103. DOI: [10.3928/24748307-20220418-02](https://doi.org/10.3928/24748307-20220418-02)
3. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH). Kursbeskrivelse for digitalt kurs i helsepedagogikk [internett]. Oslo: NK LMH; 2025 [hentet 4. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/wp-content/uploads/2023/11/kursbeskrivelse-digitalhp-2024-rev.pdf>
4. Christiansen B, Holmberg V, Erichsen T, Vågan A. Helsepedagogikk – fra begrep til praksis i helsefagutdanninger: Hva kjennetegner studentenes erfaringer? *Uniped.* 2020;43(3):235–46. DOI: [10.18261/issn.1893-8981-2020-03-06](https://doi.org/10.18261/issn.1893-8981-2020-03-06)
5. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH). Videobasert kurslederkurs i helsepedagogikk – en evalueringsrapport [internett]. Oslo: NK

LMH; 2021 [hentet 4. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2021/04/Evalueringsrapport-kurslederkurs_220421.pdf

6. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH). Fra fysisk til videobasert kurs. Erfaringsnotat fra kurslederkurs i helsepedagogikk [internett]. Oslo: NK LMH; 2021 [hentet 4. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/wp-content/uploads/2021/04/Erfaringsnotat-revidert-per-130421.pdf>

7. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse ((NK LMH). Håndbok i helsepedagogikk. Kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter [internett]. Oslo: NK LMH; 2019 [hentet 4. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2019/06/Ha%CC%8Andbok_helseped_260619.pdf

8. Vaagan A, Haaland-Øverby M, Eriksen AA, Fredriksen K, Stenov V, Varsi C, et al. Group-based patient education via videoconference: A scoping review. Patient Educ Couns. 2024;118:108026. DOI: [10.1016/j.pec.2023.108026](https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108026)

9. Hvinden K, Henriksen AH. Hvordan kan vi overføre kunnskap, holdninger og ferdigheter fra kurs til praksisutøvelse? Sykepleien. 2021;109(87558):e-87558. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2021.87558](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.87558)

10. Eriksen AA, Woldseth GM, Jordbru AA. Digitale mestringskurs kan gjøre det lettere å delta for CFS/ME-pasienter. Sykepleien. 2021;109(84329):e-84329. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2021.84329](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.84329)

11. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH). «Erfarne brukere og fagpersoner må ha tillit til hverandre og ha avklart rollene de har i dette feltet. Begge perspektivene trengs for å skape gode tilbud.» Fokusgruppeintervju om kurs i helsepedagogikk [internett]. Oslo: NK LMH; 2019 [hentet 4. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/Fokusgruppenotat-161016_ENDELIG-2.pdf

12. Kang HY, Kim HR. Impact of blended learning on learning outcomes in the public healthcare education course: a review of flipped classroom with team-based learning. BMC Med Educ. 2021;21(1):78. DOI: [10.1186/s12909-021-02508-y](https://doi.org/10.1186/s12909-021-02508-y)