

Gruppelederes erfaringer med digitale lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten

en kvalitativ studie

Forfatternavn Marianne Elgåen Kirkbakk, Ragnhild Flittie Onstad og Magne Haukland

Marianne Elgåen Kirkbakk, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Tromsø

marianne.elgaen.kirkbakk@unn.no

Ragnhild Flittie Onstad, OsloMet, storbyuniversitetet, Oslo

Magne Haukland, OsloMet, storbyuniversitetet, Oslo

Sammendrag

Koronapandemien aktualiserte digitalisering av lærings- og mestringstilbud. Studiens hensikt er å undersøke gruppelederes erfaringer med digitale lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Økt kunnskap om gruppelederes erfaringer kan gi bedre grunnlag for å forstå hvilke muligheter og begrensinger bruk av digitale lærings- og mestringstilbud kan gi. Semistrukturerte intervju er gjennomført med sju gruppeledere. Datamaterialet er analysert ved systematisk tekstkondensering. Analysen resulterte i tre kategorier: 1) Interaksjonsbegrensende, 2) Multiple roller må beherskes og 3) Det digitale som verdifullt supplement. Studien viser at gruppelederne erfarer digitale lærings- og mestringstilbud som interaksjonsbegrensende, sammenlignet med fysisk gjennomføring. Endrede premisser for interaksjon gir behov for tilpasninger i rollen som både gruppeleder og underviser. Gruppelederne anser digitale kurs som et verdifullt supplement, da det kan øke pasienters og pårørendes tilgang til lærings- og mestringstilbud.

Nøkkelord

Lærings- og mestringstilbud, digital, helsepersonell, kvalitativ metode

Fagfellevurdert artikkel

Introduksjon

Det forventes at flere vil leve lenge med én eller flere kroniske sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Kronisk sykdom er helseutfordring nummer én, både når det gjelder behandling, forebygging og kostnader for samfunnet (Stenberg et al., 2016). Norske helsemyndigheter har som mål å øke helsekompetansen i befolkningen og har utarbeidet en strategi for dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). I strategien påpekes det at pasient- og pårørendeopplæring er viktig for å styrke helsekompetansen, slik at pasienter og pårørende kan lykkes med å mestre egen helsetilstand.

Pasient- og pårørendeopplæring er en lovpålagt oppgave i spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001§ 3-8). Lovgrunnlaget for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten slår fast at både helseforetak og kommuner skal sikre tilbud som bidrar til læring og mestring (Helsedirektoratet, 2015). Lærings- og mestringstilbud (LM-tilbud) i spesialisthelsetjenesten forstås og gis i hovedsak som gruppebasert pasient- og pårørendeopplæring (Helsedirektoratet, 2021). Det overordnede målet med LM-tilbud anses å være å fremme helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2021). Studier viser at LM-tilbud kan bedre håndteringen av egen helse og gi helseøkonomiske gevinster (Stenberg et al., 2016; Stenberg et al., 2018). Spesielt viser tilbudene nytteverdi i form av tilegnelse av ny kunnskap, bevissthet om egen helse og opplevelsen av gjensidig støtte og håp (Stenberg et al., 2017).

Læring oppfattes som avgjørende for å håndtere eller forebygge helseutfordringer (Vågan et al., 2021). Kognitive og sosiale læringsteorier belyser hvordan deltakere i LM-tilbud kan tilegne seg kunnskaper og ferdigheter som bidrar til styrket mestring (Olsson & Vågan, 2015). Banduras sosialkognitive læringsteori beskriver læring som et resultat av vekselvirkningen mellom individuelle kjennetegn, atferdsmønstre og sosiale omgivelser (Bandura, 2001; Olsson & Vågan, 2015). Læringsteoriene har betydning for utforming og gjennomføring av LM-tilbud: Gjennom å vektlegge erfaringsutveksling, medvirkning og aktiv deltakelse skapes gode betingelser for læring og mestring (Olsson & Vågan, 2015).

Det er et eksplisitt ønske fra regjeringen at ny teknologi og nye læringsformer i større grad tas i bruk innenfor pasient- og pårørendeopplæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). Før koronapandemien ble det i spesialisthelsetjenesten benyttet lite teknologi innen læring og mestring (Helsedirektoratet, 2021). Koronapandemien medførte at fysiske LM-tilbud ikke kunne gjennomføres, og digitalisering ble aktualisert. Digitalisering benyttes i denne artikkelen om tilbud som gjennomføres via videotjeneste i sanntid.

Tidligere forskning

Studier viser at på de fleste utfallsmål er resultatene like på digitale og fysiske tilbud, og for visse grupper kan digitale tilbud øke tilgjengeligheten for deltakelse (Banbury et al., 2018; Bean et al., 2022; Gentry et al., 2019; Karagiozi et al., 2022; Taetzsch et al., 2019). For å maksimere utbyttet kursdeltakere har av digitale tilbud er det behov for studier som fokuserer på å finne de beste metodene for gjennomføring av digitale tilbud (Gentry et al., 2019). Én av implikasjonene av utilstrekkelig forskning på digitale gruppetilbud er mangel på klare retningslinjer for hvordan helsepersonell skal lede gruppene på en god måte (Weinberg, 2020).

Helsepersonell synes de i mindre grad får god kontakt med kursdeltakerne og dekt kursdeltakernes behov i digital gruppeterapi, sammenlignet med fysisk gruppeterapi (Sugarman et al., 2021). I etterkant av koronapandemien er det publisert flere artikler som beskriver strategier for hvordan tilpasse et fysisk gruppetilbud til et digitalt gruppetilbud (Jhaveri et al., 2020; Kneeland et al., 2021; Nieborowska et al., 2022). Det er likefullt behov for mer forskning på å lede digitale gruppetilbud, da dette kan gi ytterligere innsikt i håndtering av muligheter og utfordringer ved digitale tilbud (Gullo et al., 2022; Weinberg, 2020).

En norsk studie har under koronapandemien undersøkt terapeuters erfaringer med videobasert samtaleterapi med unge én til én (Trondsen & Manskow, 2021). Terapeutene erfarte at endrede rammebetingelser innebar både muligheter og utfordringer når det gjaldt å gjøre samtaleterapi på en ny måte, skape nærhet på avstand, og være tilgjengelig for sine brukere. Gjennom litteratursøk har vi ikke funnet norske studier som har sett på hvordan helsepersonell erfarer å lede digitale gruppetilbud. Det er derved relevant å søke kunnskap om gruppelederes erfaringer med digitale LM-tilbud.

Studiens hensikt

Studiens hensikt er å undersøke gruppelederes erfaringer med gjennomføring av digitale LM-tilbud i spesialisthelsetjenesten. Økt kunnskap om gruppelederes erfaringer kan gi bedre grunnlag for å forstå hvilke muligheter og begrensinger bruk av digitale LM-tilbud kan gi.

Forskningsspørsmålet i studien er følgende: Hvilke erfaringer har gruppeledere med gjennomføring av digitale LM-tilbud i spesialisthelsetjenesten?

Metode

Studien har et utforskende og beskrivende design med semistrukturerte intervju som metode. Kvalitative intervjuer anvendes for å studere meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2017, s. 114). Valgt metode er egnet for å undersøke gruppelederes erfaringer med gjennomføring av digitale LM-tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Utvalg

For å rekruttere deltakere kontaktet førsteforfatter ledere og ansatte ved lærings- og mestringssentre i alle fire helseregioner. De videreformidlet forespørsel om deltakelse i studien til aktuelle gruppeledere. Inklusjonskriteriene var: 1) Helsepersonell som har vært gruppeleder på digitalt LM-tilbud, 2) LM-tilbud i henhold til Helsedirektoratets (2015) definisjon og 3) LM-tilbud arrangert i spesialisthelsetjenesten. LM-tilbud bestående av en kombinasjon av et digitalt og fysisk tilbud (heretter deldigitale tilbud) var eksklusjonskriterium. På grunn av lav respons ble gruppeledere av slike LM-tilbud likevel inkludert. Totalt ble sju gruppeledere intervjuet (tabell 1). Etter sju intervju avsluttet vi rekrutteringen, da vi erfarte at intervjuene hadde hatt høy informasjonsstyrke i henhold til studiens problemsstilling (Malterud 2017, s 64).

LM-tilbudene som gruppelederne ledet var diagnosespesifikke, og målgruppen var pasienter med ulike somatiske og psykiske helseutfordringer og deres pårørende. LM-tilbudene hadde ulik varighet og oppbygging. Eksempelvis varte ett i tre halve sammenhengende dager, mens ett annet bestod av et ukentlig møte i halvannen time per gang over åtte uker. Av de sju gruppelederne ledet fire heldigitale LM-tilbud og tre ledet deldigitale tilbud. To av de deldigitale tilbudene var et fysisk tilbud som hadde blitt avbrutt på grunn av koronapandemien, og deretter ble fullført som digitalt tilbud. Det tredje deldigitale tilbudet hadde fysisk opplæring som forberedelse til det digitale tilbudet. På intervjutidspunktet hadde gruppelederne ledet ett til seks digitale LM-tilbud.

Tabell 1. Beskrivelse av deltakerne

		Antall
Tilhørende helseregion	Helse Sør-Øst	2
	Helse Vest	3
	Helse Nord	2
Yrkesbakgrunn	Fysioterapeut	1
	Psykolog	2
	Sykepleier	3
	Vernepleier	1
Kjønn	Kvinne	7
	Mann	0

Forskningsetikk

Studien er forhåndsgodkjent av Norsk senter for forskningsdata (nå SIKT) med referansenummer 841476. Intervjuene var frivillige, og informert samtykke ble i forkant av alle intervjuene signert skriftlig eller tatt opp muntlig på diktafon. Deltakerne fikk informasjon om at de kunne trekke samtykket tilbake uoppfordret. Ingen deltakere trakk seg fra studien underveis eller i ettertid.

Gjennomføring av intervju

Førsteforfatter gjennomførte intervjuene i perioden oktober-desember 2020. Intervjuene varte i 35-60 minutter. En intervjuguide bestående av temaer med underspørsmål ble benyttet (tabell 2). Rekkefølgen på spørsmål og oppfølgingsspørsmål varierte i de ulike intervju, for å skape flyt og kontinuitet.

Grunnet koronapandemien og medfølgende reiserestriksjoner samt økonomiske ressurser til reise, ble fem av sju intervjuer gjennomført digitalt via videotjeneste. På de digitale intervjuene varierte det både om deltakerne og intervjueren satt hjemme eller på eget arbeidssted. I de digitale intervjuene ble deltakerne oppfordret til å være synlig i videosamtalen og også at intervjuet skulle finne sted uten innsyn. De to fysiske intervjuene ble gjennomført på intervjuerens arbeidssted.

Tabell 2. Intervjuguide

Tema: Hvordan det oppleves å være gruppeleder i digitale LM-tilbud

Hvordan det oppleves å være gruppeleder, hvordan oppleves kontakten/relasjonen med kursdeltakerne, hva skal til for å skape god gruppedynamikk via skjerm, mister man noe ved digitale kurs, faglige overveielser i planleggingen, opplevelse av kvaliteten på tilbudet som ble gitt, utfordringer/barrierer.

Tema: Hvordan videotjeneste bør brukes innen LM-tilbud

Hvordan videotjeneste bør brukes innen LM-tilbud, når er videotjeneste egnet og når er det ikke egnet, styrker og svakheter ved digitale kurs, hvordan man ser for seg at digitale tilbud blir brukt fremover på sin arbeidsplass.

Tema: Kompetanse gruppeledere mener de bør ha

Hvilken kompetanse man bør ha for å lede et gruppebasert tilbud, tilbud om opplæring, hva man kunne hatt behov for av kompetansehevende tiltak.

Analyse

Analysen ble gjennomført i fire trinn, i henhold til Malteruds (2017, s. 97-110) systematiske tekstkondensering. Gjennomlesning av datamaterialet for å skaffe helhetsinntrykk og danne foreløpige temaer ble gjennomført av alle forfatterne (trinn 1). Sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper ble gjort av førsteforfatter (trinn 2). Alle forfatterne diskuterte kodegruppene sortering i subgrupper, og hver subgruppe ble kondensert (trinn 3). Analytiske tekster av subgruppene dannet grunnlag for de endelige resultatkategoriene. Analysen ble avsluttet med rekontekstualisering av resultatene opp mot det empiriske materialet og tolket i lys av eksisterende forskning og teori (trinn 4). Eksempel fra analyseprosessen illustreres i tabell 3.

Tabell 3. Illustrasjon av analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensering	Subgruppe	Kategori
«Det er jo ikke alt som er like lett å observere digitalt. For eksempel spastisitet og av og til vonde negative følelser (...), så det er en del informasjon man kan gå glipp av.»	Vanskeligere å gjøre observasjoner av symptomer og emosjoner	Mister verdifull interaksjon mellom gruppeleder og kursdeltakerne	Interaksjonsbegrensende
«(...) på nesten alle de fysiske kursene vi har hatt så spør pasientene i pausen. De kommer bort til deg og stiller deg en del spørsmål som de ikke vil gjøre i fellesskap, og det mister du nå. Det kan være ganske viktige ting, som de bør kontakte lege i forhold til. Så der mister vi nok en ganske viktig ting.»	Redusert mulighet til individuelle samtaler		
«For på fysiske kurs så har vi pausene, der de (pasientene) får snakket mye sammen. Og her, snakker de ikke sammen i pausene.»	Kursdeltakerne mister uformell pauseprat	Reduserte muligheter for erfarings-utveksling mellom kursdeltakerne	
«Det er jo det med den turen, at vi gjør en praktisk ting sammen. Det mister de. Jeg sier jo at: 'Prøv å gå dere en tur og sjekk blodsukkeret før og etterpå.' Men det er jo bare en setning, av alt annet jeg sier. Det å gjøre noe sammen er mer effektivt.»	Kan ikke gjøre noe praktisk sammen		

Metodediskusjon

Førsteforfatter er ansatt på et lærings- og mestringscenter (LMS) og hadde før datainnsamlingens oppstart vært med i planlegging og gjennomføring av digitale LM-tilbud. Hennes forforståelse kan ha påvirket intervjusituasjonen og analysen ved å ikke oppdage egen feltblindhet. For å motvirke feltblindheten ble transkripsjon av første intervju gjennomgått av samtlige forfattere for å vurdere tilleggsspørsmål til resterende intervju. Dette ble også gjort som kompensasjon for at førsteforfatter ikke hadde tidligere erfaring med intervju som datainnsamlingsmetode. Medforfatterne er vitenskapelig ansatte som ikke opererte innenfor feltet. Alle tre forfatterne diskuterte analysen. Det genererte økt mengde innspill og refleksjoner gjennom hele analyseprosessen.

For å få tilstrekkelig med deltakere ble inklusjonskriteriene utvidet til å inkludere gruppeledere som hadde gjennomført deldigitale tilbud. Gruppelederne på de

deldigitale tilbudene erfarte at deltakerne utvekslet erfaringer med hverandre. Samtidig var det også de deldigitale tilbudene som hadde satt av mest tid til erfaringsutveksling. Det var dermed ikke mulig i dataanalysen å skille om det var betydningen av at deltakerne hadde møttes fysisk først, som gjorde at de lettere delte erfaringer med hverandre i de digitale møtene. Inkludering av gruppeledere med erfaring på deldigitale tilbud ga et mer variert materiale, da det belyste flere måter å gjennomføre digitale tilbud på. Gruppelederne tematiserte i hovedtrekk de samme erfaringene, uavhengig av profesjon. I analysen ble det ikke funnet forskjell på datarikhet i fysiske og digitale intervju. To av deltakerne samarbeider med lærings- og mestringssenteret der førsteforfatter er tilsatt. Dette kan ha påvirket deltakernes uttalelser ved at de ikke tematiserte utfordringer som kunne påvirke videre samarbeid.

Fordelene med enkeltpersonintervju er, ifølge Nielsen et al. (2021, s. 132-133), at vi får dype, nyanserte og detaljerte erfaringer fra den enkelte informant. Svakheterne ved metoden er at den er forholdsvis tidkrevende og at det kan være vanskelig å få enkelte deltakere til å åpne seg. En alternativ datainnsamlingsmetode i vår studie kunne vært fokusgruppeintervju. Det var ikke mulig å rekruttere tilstrekkelig deltakere til dette. Ved fokusgruppediskusjon kunne gruppelederne ha inspirert hverandre og snakket seg frem til en felles forståelse av temaet. En svakhet kunne vært at fokusgruppen hadde blitt dominert av noen toneangivende deltakere og metoden gir mindre mulighet for å få frem den enkelte deltakers erfaringer.

Resultater

Analyseprosessen resulterte i tre kategorier: 1) Interaksjonsbegrensende, 2) Multiple roller må beherskes og 3) Det digitale som verdifullt supplement. Oversikt over kategoriene med tilhørende subgrupper presenteres i tabell 4.

Tabell 4. Oversikt over kategorier og subgrupper

Kategori	Subgruppe
Interaksjonsbegrensende	Mister verdifull interaksjon mellom gruppeleder og kursdeltakerne Redusert mulighet for erfaringsutveksling mellom kursdeltakerne
Multiple roller må beherskes	Behov for tilpasning i gruppeleder- og undervisningsrollen Manglende teknisk støtte øker ressursbruk, stress og kompetansebehov
Det digitale som verdifullt supplement	Ikke for alle Tilgjengelighetsøkende

Interaksjonsbegrensende

Gruppelederne hadde erfaring med å lede fysiske LM-tilbud. Gruppelederne erfarte digitale LM-tilbud som interaksjonsbegrensende, sammenlignet med fysisk gjennomføring

Mister verdifull interaksjon mellom gruppeleder og kursdeltakerne

Flere av gruppelederne erfarte at de mistet verdifull interaksjon med kursdeltakerne. Redusert dynamikk og respons i undervisningssituasjonen skapte utfordring med tilpasning av undervisningen til kursdeltakernes nivå og behov. En gruppeleder sa: «*Det var utfordrende når du skulle ha ren forelesning. Da måtte alle deltakerne 'mute', så du får ingen bekreftelser fra de som sitter og hører på, i forhold til om de forstår det som blir sagt.*» Noen av gruppelederne erfarte at de mistet verdifulle observasjoner av kursdeltakerne. Dette inkluderte emosjoner, symptomer, bevegelsesmønstre og kroppsspråk. De erfarte begrensede muligheter for én til én samtaler. Konsekvensen var at det ble vanskeligere å ivareta og veilede den enkelte kursdeltaker, sammenlignet med fysiske kurs. En av gruppelederne hadde individuelle samtaler med alle kursdeltakerne i forkant av kurset, samt underveis i kursforløpet ved behov.

Videotjenestens funksjonalitet og gruppeledernes tekniske utstyr hadde betydning for hvor interaksjonsbegrensende gruppelederne erfarte digitale LM-tilbud. Ustabilitet i videotjenesten, med hakkete lyd, dårlig bilde og kursdeltakere som falt ut, reduserte kvaliteten på interaksjonen med kursdeltakerne. Flere erfarte at dialogen ble styrket når kursdeltakerne hadde kamera på og alle så hverandre.

Redusert mulighet for erfaringsutveksling mellom kursdeltakerne

Flere av gruppelederne poengterte at digitale LM-tilbud reduserte kursdeltakernes muligheter for uformell erfaringsutveksling i pauser, lunsj og ved praktiske aktiviteter. Noen gruppeledere avsatte tid i programmet til samtaler i smågrupper på de fysiske kursene, men hadde ikke gjort dette på de digitale kursene. En av gruppelederne hadde delt kursdeltakerne inn i mindre samtalegrupper gjennom bruk av digitale grupperom (breakout rooms). På noen av de deldigitale kursene bestod hovedsakelig kurset av å dele erfaringer. Gruppelederne på disse kursene erfarte at kursdeltakerne bidro aktivt med egne erfaringer, og anså at dette kunne ha sammenheng med at kursdeltakerne hadde møttes fysisk og skapt en relasjon i forkant av det digitale tilbudet. Enkelte gruppeledere uttrykte at redusert mulighet for erfaringsutveksling kunne redusere utbyttet for kursdeltakerne. En fortalte: «*De tilbakemeldingene vi får på fysiske kurs er veldig ofte at det som har vært det beste med kurset, er at de har truffet noen andre i samme situasjon. Det mister vi nå.*»

Multiple roller må beherskes

Noen av gruppelederne erfarte det å kommunisere og undervise via skjerm som uforutsigbart og utrygt. En gruppeleder opplevde det som en barriere å fremlegge

ordene som ønsket, da hun ble fokusert på hvor hun hadde blikket og den tekniske gjennomføringen. Flere gruppeledere erfarte behov for å tilpasse hvordan undervise og styre gruppeprosessen.

Behov for tilpasning i gruppeleder- og undervisningsrollen

Enkelte erfarte at gjennomføring av digitale kurs forutsatte en tydelig struktur. Noen forenklet innholdet for å tydeliggjøre hva som var det viktigste. En gruppeleder hadde fått tilbakemelding om at kursdeltakerne opplevde avslutningen på kurset som brå, når de ikke fikk den vanlige avrundingen med å sette stolene inn til bordet og kunne småprate på vei ut døra. Gruppelederen ble derfor bevisst på å sette av lang tid til avslutning og gjerne si noen avsluttende ord til hver enkelt deltaker.

Gruppelederne erfarte det mer krevende å skape dialog på digitale enn fysiske LM-tilbud. Åpne spørsmål til alle kursdeltakerne ga liten respons. Dialogen ble styrket når gruppelederne henvendte seg direkte til hver enkelt med navn og spurte spørsmål som: «*Hva tenker du om det som har blitt sagt eller er det noe du lurer på?*»

Manglende teknisk støtte øker ressursbruk, stress og kompetansebehov

Gruppelederne hadde i varierende grad mottatt teknisk støtte til planlegging og gjennomføring av LM-tilbudet. Lav grad av teknisk støtte medførte økt ressursbruk og stress hos gruppelederne i forberedelsene til LM-tilbudet, samt utfordringer med forsinkelser og å ha tilstrekkelig teknisk kompetanse til å problemløse underveis i gjennomføringen. Gruppelederne med tilgang på teknisk team i både forberedelser og gjennomføring av LM-tilbudet benevnte dette som en suksessfaktor.

Det digitale som verdifullt supplement

Gruppelederne erfarte at fysiske og digitale LM-tilbud har både styrker og ulemper, og har ulik egnethet ut fra pasientgruppens behov og ressurser. Flere var fornøyd med å kunne gi pasienter og pårørende et digitalt tilbud under koronapandemien, men ønsket å benytte fysiske LM-tilbud etter pandemien. Dette fordi de mente at kursutbyttet til deltakerne ble redusert grunnet interaksjonsbegrensningene de erfarte.

Ikke for alle

Gruppelederne reflekterte over hvem digitale LM-tilbud ikke egner seg for. Personer med store kognitive eller motoriske utfordringer mente gruppelederne det ikke egner seg med digitale tilbud for. Eksempelvis at man ikke har sansemotorikk til å se godt på skjerm. En gruppeleder fortalte at flere eldre hadde takket nei til å delta på digitalt LM-tilbud. Noen gruppeledere erfarte at flere deltakere manglet teknisk utstyr for å kunne delta på digitale LM-tilbud. To av gruppelederne sendte teknisk utstyr til de kursdeltakerne som manglet utstyr for å kunne delta.

Tilgjengelighetsøkende

Flere av gruppelederne anså at digitalisering kan gjøre LM-tilbud tilgjengelig for flere pasienter og pårørende. En sa: «*Vi har noen situasjoner som vi har erfart at pasientene sier at de veldig gjerne vil på digitale kurs. Både hvis de bor langt unna og hvis de har en helsesituasjon som tilsier at de har lite krefter.*» En annen sa: «*Det er en spennende tanke at man kan nå ut med spesialiserte tilbud til hele landet.*» Andre gruppeledere erfarte at det var enklere for pårørende med omsorgsoppgaver å delta på digitale LM-tilbud. Flere yngre i arbeidsaktiv alder deltok. Fremover planla noen av gruppelederne å tilby både digitale og fysiske LM-tilbud for samme pasientgruppe.

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer gruppeledere har med gjennomføring av digitale LM-tilbud. Videre diskuteres studiens resultater i lys av tidligere forskning og teori.

Interaksjonsbegrensende

Resultatene viser at gruppelederne erfarte digitale LM-tilbud som interaksjonsbegrensende, sammenlignet med fysisk gjennomføring. Redusert dynamikk og respons i undervisningssituasjonen, redusert mulighet for observasjoner av kursdeltakerne, samt begrenset mulighet for samtale én til én, gjorde at gruppelederne erfarte det mer utfordrende å tilpasse undervisningen til behovet i gruppa og veilede og ivareta den enkelte kursdeltaker. Digitale tilbud som begrensende for observasjon av kursdeltakernes non-verbale kommunikasjon er belyst i flere studier (Gullo et al., 2022; Weinberg, 2020). Å redusere bruk av deling av skjerm for å se bildene av kursdeltakerne bedre, kan ifølge Jhaveri et al. (2020) være et mulig tiltak. Kneeland et al. (2021) anbefaler hyppige stopp i undervisningen for å sikre at deltakerne får mulighet til å kommentere og stille spørsmål de lurer på, og slik kompensere for redusert non-verbal kommunikasjon. For å kunne tilpasse innholdet til kursdeltakernes behov hadde en av gruppelederne individuelle samtaler med alle kursdeltakerne i forkant av det digitale LM-tilbudet. Gruppeleder hadde også avtalt å kontakte kursdeltakerne individuelt underveis i kursforløpet ved behov.

Videre viser våre resultater at gruppelederne erfarte at digitale kurs ga redusert mulighet for erfaringsutveksling imellom kursdeltakerne, og gruppelederne mente dette kunne gi redusert kursutbytte. Forskning på fysiske LM-tilbud viser at å møte andre i samme situasjon gjør at man kjenner seg mindre alene om å ha utfordringer, ser sitt eget liv i nytt lys og opplever gjensidig læring (Stenberg et al., 2016). Forskningen er inkonklusiv hvorvidt digitale tilbud har samme effekt (Payne et al., 2020). Enkeltstudier viser dog at kursdeltakerne opplever det som nyttig å dele erfaringer med hverandre og opplever støtte fra de andre kursdeltakerne (Cliffe et al., 2021; Ellett et al., 2022). Gullo et al. (2022) fant at gruppeledere som opplever

at god gruppedynamikk kan skapes digitalt, ser på digitale tilbud som mer effektive og tilfredsstillende. Våre resultater støtter opp under dette.

Bruk av digitale grupperom, for å kunne legge til rette for erfaringsutveksling, er anbefalt i tidligere forskning (Jhaveri et al., 2020; Lopez et al., 2019). Kun én av gruppelederne i vår studie hadde testet digitale grupperom, og indikerer at det er potensiale for gruppelederne å utnytte denne teknologien i større grad, enn det som ble gjort. Å utnytte denne teknologien vil være i tråd med at det i gruppebaserte tilbud er et mål å legge til rette for at deltakerne kan reflektere og utveksle erfaringer med andre i lignende situasjon (Vågan et al., 2021). Dette kan forstås utfra Banduras sosialkognitive læringsteori som vektlegger at læring skjer gjennom aktiv deltakelse i et fellesskap (Bandura, 2001).

Multiple roller må beherskes

Resultatene viser at gruppelederne gjorde flere tilpasninger i rollen som både gruppeleder og underviser, sammenlignet med fysiske LM-tilbud. Eksempelvis erfarte gruppelederne at åpne spørsmål til kursdeltakerne, slik de var vant til fungerte godt på fysiske kurs, ikke førte til dialog på digitale LM-tilbud. Dialogen ble styrket når de henvendte seg direkte til kursdeltakerne med bruk av navn. Tidligere forskning viser også at struktur for turtaking er av betydning for god dialog digitalt (Burkow et al., 2015; Kneeland et al., 2021).

Gruppelederne hadde mottatt ulik grad av teknisk opplæring og støtte. Lav grad av teknisk støtte medførte økt ressursbruk og stress hos gruppelederne i forberedelsene, samt utfordringer med å ha tilstrekkelig teknisk kompetanse til å problemløse i gjennomføringen. Teknisk støtte og trening i bruk av teknologien er tidligere vist å være suksessfaktorer i implementering av e-helseintervensjoner (Kolltveit et al., 2017; Varsi et al., 2019).

Helsepersonell skal etter endt utdanning kunne veilede pasienter og pårørende i lærings-, mestrings- og endringsprosesser. Forskning viser at helsepedagogisk kompetanse hos helsepersonell er avgjørende for utbyttet kursdeltakere har av fysiske LM-tilbud (Vågan et al., 2016). Evnen til å lede og bidra til gode gruppeprosesser er den kvaliteten hos fagpersoner som anses som avgjørende (Vågan et al., 2016). Resultatene i vår studie indikerer at hvordan skape interaksjon og gode gruppeprosesser digitalt til dels krever andre metoder enn ved fysiske kurs. Økt kompetanse i digital helsepedagogikk kan derved se ut til å ha stor betydning. Dette støttes av Weinberg (2020) og Gullo et al. (2022) som vektlegger at å gå fra å være gruppeleder i et fysisk rom til skjerm krever spesifikk kunnskap og opplæring.

Det digitale som verdifullt supplement

Gruppelederne fremhevet at den viktigste muligheten digitalisering gir, er at det kan øke tilgjengeligheten til LM-tilbud. Det er i dag stor variasjon i tilgjengelighet,

organisering og innhold av LM-tilbud både i helseforetak og kommuner (Helsedirektoratet, 2021). Det varierer hvem som får tilbud, og det er risiko for at de minst ressurssterke gruppene ikke fanges opp i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Flere studier peker på at økt tilgjengelighet til LM-tilbud, i kraft av digitalisering, kan redusere ulikhet i tilgang til helsetjenester (Banbury et al., 2018; Walumbe et al., 2021).

Resultatene våre tyder på at digitale LM-tilbud ikke er egnet for alle. Fysiske og kognitive utfordringer, digitale kompetanse og manglende teknisk utstyr kan, ifølge gruppelederne, være barrierer for digital deltakelse. Personer med langvarige sykdommer, samt eldre over 65 år rapporterer svakere ferdigheter enn andre grupper både når det gjelder generelle digitale ferdigheter og ferdigheter i å ta i bruk digitale helsetjenester (Le et al., 2021). Det kan forstås som et paradoks at grupper som har utfordringer med å delta på fysiske LM-tilbud, også kan være den samme populasjonen som vil ha utfordringer med å delta digitalt. Banbury et al. (2016), som gjennomførte et gruppebasert tilbud for eldre, foretok individuell opplæring og oppkobling med alle kursdeltakerne i forkant av det første gruppemøtet. En av gruppelederne i vår studie hadde gjennomført teknisk opplæring fysisk før de møttes digitalt. Slike tiltak kan tenkes å redusere barrierene for deltakelse i digitale LM-tilbud.

Konklusjon

Hensikten med studien var å undersøke gruppelederens erfaringer med gjennomføring av digitale LM-tilbud i spesialisthelsetjenesten. Studien viser at gruppelederne erfarer digitale LM-tilbud som interaksjonsbegrensende, sammenlignet med fysisk gjennomføring. Videre gir studien innspill til verktøy og metoder gruppeledere kan bruke for å kompensere for interaksjonsbegrensningene: 1) avsette tid til erfaringsutveksling og bruk av digitale grupperom, 2) etablere struktur for hvem som har ordet og henvende seg direkte til kursdeltakerne med bruk av navn og 3) individuell kontakt med kursdeltakerne i forkant og/eller underveis i kursforløpet.

I videre forskning kan det være nyttig å søke ytterligere kunnskap om hvilken helsepedagogisk kompetanse som er nødvendig hos gruppelederne for å gi kursdeltakere et godt utbytte av digitale LM-tilbud. Kompetanse i digital helsepedagogikk bør vurderes inkludert i helse- og sosialfagutdanninger, samt i kompetansehevende tiltak i helsepedagogikk i helseforetak og kommuner.

Gruppeledernes erfaringer tyder på at digitale tilbud kan være et verdifullt supplement, da det kan øke pasienters og pårørendes tilgang til LM-tilbud. Det er behov for mer forskning om effekt og utbytte av digitale LM-tilbud. Dette vil gi flere perspektiver om og på hvilken måte ny teknologi bør anvendes.

Litteratur

- Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L., Parkinson, L. & Banbury, A. (2018). Telehealth Interventions Delivering Home-based Support Group Videoconferencing: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e25-e25. <https://doi.org/10.2196/jmir.8090>
- Banbury, A., Parkinson, L., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L. C. & Buckley, J. (2016). Delivering patient education by group videoconferencing into the home: Lessons learnt from the Telehealth Literacy Project. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 22(8), 483-488. <https://doi.org/10.1177/1357633X16674359>
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bean, C. A. L., Aurora, P., Maddox, C. J., Mekota, R. & Updegraff, A. (2022). A comparison of telehealth versus in-person group therapy: Results from a DBT-based dual diagnosis IOP. *Journal of Clinical Psychology*, 78(11), 2073-2086. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.23374>
- Burkow, T. M., Vognild, L. K., Johnsen, E., Risberg, M. J., Bratvold, A., Breivik, E., Krogstad, T. & Hjalmsen, A. (2015). Comprehensive pulmonary rehabilitation in home-based online groups: a mixed method pilot study in COPD. *BMC Research Notes*, 8(1), 766-766. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1713-8>
- Cliffe, M., Di Battista, E. & Bishop, S. (2021). Can you see me? Participant experience of accessing a weight management programme via group videoconference to overcome barriers to engagement. *Health Expectations*, 24(1), 66-76. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.13148>
- Ellett, L., Dannahy, L. & Chadwick, P. (2022). Engagement, clinical outcomes and therapeutic process in online mindfulness for psychosis groups delivered in routine care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(2), 467-476. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/papt.12382>
- Gentry, M. T., Lapid, M. I., Clark, M. M. & Rummans, T. A. (2019). Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(6), 327-342. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1357633X18775855>
- Gullo, S., Lo Coco, G., Leszcz, M., Marmarosh, C. L., Miles, J. R., Shechtman, Z., Weber, R. & Tasca, G. A. (2022). Therapists' perceptions of online group therapeutic relationships during the COVID-19 pandemic: A survey-based study. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 26, 103-118. <https://doi.org/10.1037/gdn0000189>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* (Meld. St. 7 (2019–2020)). <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nasjonal veileder*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2021). Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene. utfordringer og forbedringsområder for tilbud i helseforetak og kommuner og samhandlingen mellom tjenestenivåene. Forprosjekt.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/laering-og-mestring-i-helse-og-omsorgstjenestene>
- Jhaveri, K., Cohen, J. A., Barulich, M., Levin, A. O., Goyal, N., Loveday, T., Chesney, M. A. & Shumay, D. M. (2020). 'Soup cans, brooms, and Zoom!' Rapid conversion of a cancer survivorship program to telehealth during COVID-19. *Psycho-Oncology*, 29(9), 1424-1426.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pon.5473>
- Karagiozi, K., Margaritidou, P., Tsatali, M., Marina, M., Dimitriou, T., Apostolidis, H., Tsiatsos, T. & Tsolaki, M. (2022). Comparison of on Site versus Online Psycho Education Groups and Reducing Caregiver Burden. *Clinical Gerontologist*, 45(5), 1330-1340.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1940409>
- Kneeland, E. T., Hilton, B. T., Fitzgerald, H. E., Castro-Ramirez, F., Tester, R. D., Demers, C. & McHugh, R. K. (2021). Providing cognitive behavioral group therapy via videoconferencing: Lessons learned from a rapid scale-up of telehealth services. *Practice Innovations*, 6(4), 221-235.
<https://doi.org/10.1037/pri0000154>
- Kolltveit, B.-C. H., Gjengedal, E., Graue, M., Iversen, M. M., Thorne, S. & Kirkevold, M. (2017). Conditions for success in introducing telemedicine in diabetes foot care: a qualitative inquiry. *BMC Nursing*, 16(1), 2.
<https://doi.org/10.1186/s12912-017-0201-y>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P. & Guttersrud, Ø. (2021). Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII. . I. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse-2020-del-I.pdf>
- Lopez, A., Rothberg, B., Reaser, E., Schwenk, S. & Griffin, R. (2019). Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion. *mHealth*, 6. <https://mhealth.amegroups.com/article/view/33853>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. . utg.). Universitetsforlaget.
- Nieborowska, V., Gorenko, J., Shumlich, E. & Enman, M. (2022). Mindfulness-based Cognitive Group Therapy: Adaptation and Practical Recommendations for Virtual Delivery. *International Journal of Group*

- Psychotherapy*, 72(2), 173-186.
<https://doi.org/10.1080/00207284.2022.2036157>
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., Jørgensen, P. S. & Hansen, T. K. N. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Olsson, A. B. S. & Vågan, A. (2015). *Læring*. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/Utdypning_1%C3%A6ring.pdf
- Payne, L., Flannery, H., Kambakara Gedara, C., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, D., Taylor, C. & Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(3), 672-686. <https://doi.org/10.1177/1359104520937378>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F. & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1759-1771. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.027>
- Stenberg, U., Haaland Øverby, M., Fredriksen, K., Kvisvik, T., Westermann, K. F., Vågan, A. & Olsson, A. B. S. (2017). Utbytte av lærings- og mestringstilbud. *Sykepleien forskning*, (4), 52-55. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.61278>
- Stenberg, U., Vågan, A., Flink, M., Lynggaard, V., Fredriksen, K., Westermann, K. F. & Gallefoss, F. (2018). Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 101(6), 1006-1035. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.006>
- Sugarman, D. E., Horvitz, L. E., Greenfield, S. F. & Busch, A. B. (2021). Clinicians' Perceptions of Rapid Scale-up of Telehealth Services in Outpatient Mental Health Treatment. *Telemedicine and e-Health*, 27(12), 1399-1408. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0481>
- Taetzsch, A., Gilhooly, C. H., Bukhari, A., Das, S. K., Martin, E., Hatch, A. M., Silver, R. E., Montain, S. J. & Roberts, S. B. (2019). Development of a Videoconference-Adapted Version of the Community Diabetes Prevention Program, and Comparison of Weight Loss With In-Person Program Delivery. *Military Medicine*, 184(11-12), 647-652. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz069>
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Trondsen, M. V. & Manskow, U. S. (2021). Å være terapeut i en unntakstilstand: samtalerapi på nett under koronapandemien til unge som har foreldre med rusproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(2), 125-137. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-03>
- Varsi, C., Solberg Nes, L., Kristjansdottir, O. B., Kelders, S. M., Stenberg, U., Zangi, H. A., Børøsund, E., Weiss, K. E., Stubhaug, A., Asbjørnsen, R. A., Westeng, M., Ødegaard, M. & Eide, H. (2019). Implementation Strategies

- to Enhance the Implementation of eHealth Programs for Patients With Chronic Illnesses: Realist Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), e14255. <https://doi.org/10.2196/14255>
- Vågan, A., Eika, K. & Skirbekk, H. (2016). Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. *Sykepleien forskning*, (59702), e-59702. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59702>
- Vågan, A., Sandvin Olsson, A. B., Henriksen, A.-H., Arntzen, C., Grue, J., Haugland, T., Langeland, E. & Rise, M. B. (2021). *Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse* (3/2021). Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. https://mestring.no/wp-content/uploads/2022/01/Rapport-begreper-og-teorier_ENDELIG_150921.pdf
- Walumbe, J., Belton, J. & Denny, D. (2021). Pain management programmes via video conferencing: a rapid review. *Scandinavian Journal of Pain*, 21(1), 32-40. <https://doi.org/doi:10.1515/sjpain-2020-0112>
- Weinberg, H. (2020). Online group psychotherapy: Challenges and possibilities during COVID-19—A practice review. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 24(3), 201-211. <https://doi.org/10.1037/gdn0000140>