

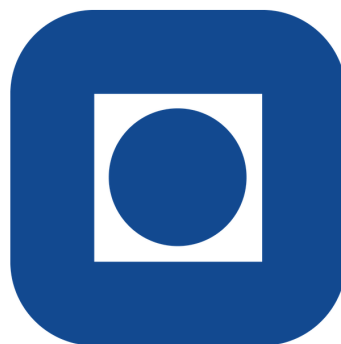
Kandidatnummer: 10033 & 10039

# Utvalgte atferdsendringsteknikker benyttet av trenere i verdens største treningsintervensjon etter hjerteinfarkt

- En kvantitativ deskriptiv tverrsnittstudie

Bacheloroppgave i Fysioterapi  
Desember 2022

NTNU  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



NTNU



Kunnskap for en bedre verden

NorEx



Kandidatnummer: 10033 & 10039

# **Utvalgte atferdsendringsteknikker benyttet av trenere i verdens største treningsintervensjon etter hjerteinfarkt**

- En kvantitativ deskriptiv tverrsnittstudie

Bacheloroppgave i Fysioterapi  
Desember 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden



*«Gi en mann en fisk og han er mett for en dag. Men lærer du mannen å fiske går han aldri sulten igjen».*

## Sammendrag

**Tittel:** Utvalgte atferdsendringsteknikker benyttet av trenere i verdens største treningsintervensjon etter hjerteinfarkt – En kvantitativ deskriptiv tverrsnittstudie.

**Hensikt:** Forklare i hvilken grad trenere i «The Norwegian Trial of Physical Exercise After Myocardial Infarction» (NorEx-studien) benytter utvalgte atferdsendringsteknikker i veiledning av deltakere etter hjerteinfarkt, for å øke deres aktivitetsnivå i henhold til nasjonale retningslinjer for fysisk aktivitet.

**Metode:** En deskriptiv tverrsnittstudie med kvantitativ data. Datainnsamlingen ble gjort gjennom en nettbasert spørreundersøkelse mellom 2/11-19/11 2022. Utvalget var trenere i NorEx-studien. Kategoriene for adferdsendringsteknikker som ble kartlagt var: «målsetting og planlegging», «tilbakemelding og registrering», «sosial støtte» og «kompetanse». Disse inspirert av Behavior Change technique taxonomy version 1.

**Resultat:** Totalt 40 av 50 NorEx-trenere responderte på undersøkelsen. «Kompetanse» (91%; n=36/40) og «Tilbakemelding og registrering» (93%; n=37/40) var høyest rapportert. «Målsetting og planlegging» (78%; n=31/40) benyttes i mindre grad, mens «sosial støtte» (60%; n=24/40) benyttes minst av de kartlagte teknikkene.

**Konklusjon:** Resultatene viste at en stor del av NorEx-trenere er enig i å benytte de kartlagte atferdsendringsteknikkene. Likevel er det variasjon mellom i hvilken grad trenere er enig i at kategoriene blir benyttet. Våre funn kan indikere et mulig forbedringspotensial. Ytterligere kartlegging av atferdsendringsteknikker og bakenforliggende årsaker for svar trenere gir, bør prioriteres for å avdekke potensialet i å benytte ulike teknikker.

## Abstract

**Title:** Selected behavior change techniques used by trainers in the world’s largest training intervention after heart attack – A quantitative descriptive cross-sectional study.

**Aim:** Explain the extent to which trainers in “The Norwegian Trial of Physical Exercise After Myocardial Infarction” (NorEx-study) use selected behavior change techniques in guiding participants after myocardial infarction, in order to increase their activity level according to national guidelines for physical activity.

**Method:** A descriptive cross-sectional study with quantitative data. The data collection was done through an online survey between 2/11-19/11 2022. The selection was trainers in the NorEx study. The categories for behavior change techniques that were mapped were: “goal setting and planning”, “feedback and registration”, “social support” and “competence”. These inspired by the Behavior Change technique taxonomy version 1.

**Results:** A total of 40 out of 50 NorEx coaches responded to the survey. “Competence” (91%; n=36/40) and “Feedback and registration” (93%; n=37/40) were the most reported. “Goal setting and planning” (78%; n=31/40) is used to a lesser extent, while “Social support” (60%; n=24/40) is used the least of the techniques mapped.

**Conclusion:** The results showed that a large proportion of NorEx trainers agree to use the mapped behavior change techniques. Nevertheless, there is variation between the extent to which trainers agree that the categories are used. Our findings may indicate a possible improvement potential. Further mapping of behavior change techniques and the underlying reasons for the answers trainers give should be prioritized in order to uncover the potential in using different techniques.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING OG BAKGRUNN</b> .....	<b>1</b>
1.1 HJERTEINFARKT .....	2
1.2 VIRKNINGEN AV FYSISK AKTIVITET OG INAKTIVITET .....	2
1.3 ATFERDSENDRING ETTER HJERTEINFARKT.....	4
1.4 ATFERDSENDRINGSTEKNIKKER .....	4
1.5 IMPLIKASJONER FOR FYSIOTERAPEUTER.....	6
<b>2.0 METODE OG MATERIALE</b> .....	<b>7</b>
2.1 UTVALGET .....	8
2.2 STUDIEDESIGN .....	8
2.3 SPØRRESKJEMAET .....	9
2.4 DATAANALYSE .....	10
2.5 METODEVURDERING .....	10
<b>3.0 RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
3.1 UTVALGETS BAKGRUNN .....	12
3.2 MÅLSETTING OG PLANLEGGING .....	14
3.3 TILBAKEMELDING OG REGISTRERING.....	17
3.4 SOSIAL STØTTE .....	18
3.5 KOMPETANSE.....	19
<b>4.0 DISKUSJON</b> .....	<b>21</b>
4.1 MÅLSETTING OG PLANLEGGING .....	21
4.2 SOSIAL STØTTE .....	23
4.3 TILBAKEMELDING OG REGISTRERING.....	25
4.4 KOMPETANSE.....	26
4.5 VIDERE FORSKNING .....	28
4.6 RELEVANS FOR FYSIOTERAPIPRAKSIS .....	28
4.7 METODEKRITIKK.....	29
<b>5.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>31</b>
<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>32</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>38</b>



## Ord- og begrepsavklaring

**Atferd:** Atferd viser til våre handlinger, det vi gjør, de (hovedsakelig viljestyrte) kroppslige bevegelser (Kennair, 2022). Videre kan man også definere mental atferd gjennom å inkludere målrettede tankeprosesser (Kennair, 2022).

**Atferdsendringsteknikk:** En replikerbar komponent av en intervensjon designet for å endre eller om dirigere årsaksprosesser som regulerer atferd (Carey et al., 2018).

**Behavior Change Techniques Taxonomy version 1:** En tverrdomene, hierarkisk strukturert taksonomi basert på tverrfaglig konsensus som en metode for nøyaktig og pålitelig rapportering av intervensjoner for å endre atferd (Michie et al., 2013).

**Fysisk aktivitet:** «All kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Nystad, 2022).

**Helseatferd:** Dersom atferd eller levevaner har særlige helsemessige følger omtales dette som helseatferd (Nylenna, 2019).

**Inaktivitet:** Personer som både i yrke og fritid sitter mye stille og i stor utstrekning benytter motorisk transport, karakteriseres som fysisk inaktive (Bahr, 2020).

**Koronar hjertesykdom:** Er en fellesbetegnelse på sykdommer som følge av redusert eller blokkert blodtilførsel til koronararteriene (Norsk Helseinformatikk, 2020).

**Likert-skala:** Er en type skala som innebærer at respondenten blir presentert for utsagn som en skal ta stilling til (Malt & Grønmo, 2020).

**Livsstilssykdommer:** Er en fellesbetegnelse på sykdommer som kjennetegnes med nær sammenheng med livsstil og levevaner (Thelle & Nylenna, 2022).

**Nekrose:** Er betegnelsen på celle- og vevsdød, som ødelegger cellens lokale miljø (Roald, 2018).

## **Forkortninger**

**Atferdsendringsteknikker (AET).**

**Behavior Change Technique Taxonomy version 1 (BCTTv1).**

**The Norwegian Trial of Physical Exercise After Myocardial Infarction (NorEx-studien).**

## 1.0 Innledning og bakgrunn

Fysisk aktivitet bidrar til å forebygge og behandle ikke-smittsomme folkesykdommer, deriblant koronarhjertesykdom (Carey et al., 2018; Pedersen & Saltin, 2015). Hjerterinfarkt er den hyppigste enkeltårsaken til død på verdensbasis (Dibben et al., 2021), og hver dag rammes rundt 35 nordmenn (Kvåle, 2022; Norsk Helseinformatikk, 2021a). Fysisk aktivitet er assosiert med redusert risiko for død i løpet av de neste 5 årene etter hjerterinfarkt med 26 prosent (Dibben et al., 2021). Kunnskapsgrunlaget for å si at fysisk aktivitet bør inkluderes i sekundærforebygging etter hjerterinfarkt er overveldende, både gjennom assosiasjon til redusert risiko for sykdom, død og reinnleggelser på sykehus (Dibben et al., 2021; Goodman & Fuller, 2020). For økt livskvalitet for pasientgruppen, er fysisk aktivitet som sekundærforebygging etter hjerterinfarkt underutnyttet (Ariansen et al., 2021). Dette kommer frem ved at under 30 prosent benytter hjerterehabiliteringstilbudet (Dibben et al., 2021; Graham et al., 2020; Olsen et al., 2018; Pardaens et al., 2017; Ramadi et al., 2016; Sommer et al., 2022). Likevel er det stadig flere som overlever hjerterinfarkt (Ariansen et al., 2021), noe som gjør at flere har behov for atferdsendring (Dibben et al., 2021).

Fysioterapeuter og andre helsearbeidere som arbeider med hjerte- og karsykdom, har som oppgave å bidra til endring av helseatferd etter hjerterinfarkt (Themistocleous et al., 2017). Hvilke atferdsendringsteknikker (AET) som blir benyttet i dette arbeidet er til dels kartlagt i noen studier (Duff et al., 2017; Laddu et al., 2021; Lara et al., 2014; Samdal et al., 2017), men den nylige Cochrans gjennomgangen etterspør økt registrering av hva som faktisk gjøres for å skape atferdsendring for pasientgruppen (Dibben et al., 2021). En oversikt over hvordan, og i hvilken grad personer stimuleres til økt fysisk aktivitet ved hjelp av AET, vil bidra til økt innsikt i praksis (Michie et al., 2015). Det vil også legge til rette for videreutvikling av intervensjoner i framtiden (Michie et al., 2015).

Fra høsten 2020 til høsten 2021 ble verdens største treningsintervensjonsstudie for hjerterinfarktpasienter igangsatt (CERG, u.d.). Studien heter The Norwegian Trial of Physical Exercise After Myocardial Infarction (NorEx-studien). Den har i skrivende stund inkludert og randomisert 4500 deltakere til henholdsvis én treningsgruppe der deltakere får veiledet trening av NorEx-trenere, og to kontrollgrupper som får vanlig oppfølging (CERG, u.d.). Selv om denne intervensjonens hovedendepunkter er morbiditet og mortalitet (CERG, u.d.), gir studien en gylden anledning til å studere mennesker som har hatt hjerterinfarkt. Intervensjonsgruppen

har forpliktet seg til å gjøre endringer i sine fysiske aktivtetsvaner, og skal trene etter anbefalingene for fysisk aktivitet. Videre gir studien anledning til å kartlegge hva trenere gjør for å påvirke helseatferden til deltakere. Derfor har vi landet på denne problemstillingen:

*I hvilken grad benytter NorEx-trenere utvalgte atferdsendringsteknikker for å fremme fysisk aktivitet blant personer som har hatt hjerteinfarkt?*

## 1.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt defineres som en livsstilssykdom, og har en rekke modifiserbare risikofaktorer assosiert med en persons helseatferd (Norsk Helseinformatikk, 2022). Blant disse er inaktivitet, overvekt, hypertensjon og diabetes (Norsk Helseinformatikk, 2021b; Ojha & Dhamoon, 2022). Sykdommen oppstår når blodtilførselen til hjertet blir nedsatt eller opphevet, og medfører nekrose av hjertemuskelceller (Ojha & Dhamoon, 2022). Dette skjer vanligvis som følge av en trombose i koronararteriene som fører til en okklusjon (Norsk Helseinformatikk, 2021b). En trombose oppstår grunnet avleiringer, og er sterkt assosiert med de nevnte modifiserbare risikofaktorene (Norsk Helseinformatikk, 2021b).

Dødeligheten knyttet til hjerteinfarkt er mer enn halvert fra år 2000 til i dag, noe som resulterer i at det er flere som lever med koronar hjertesykdom (Ariansen et al., 2021). I Norge ble det registrert 13 643 akutte hjerteinfarkt i 2021, der rundt 15% av disse var registrert med diagnosen i løpet av de fem tidligere årene (Kvåle, 2022). Khan et al. (2020) fant i sin studie at prevalensen for iskemisk hjertesykdom er 1655 per 100 000 på verdensbasis, basert på innsamling av data fra 1990 til 2017. Hjerteinfarkt rammer menn tidligere i livet enn kvinner, hvor gjennomsnittsalderen er 69 år for menn og 77 år for kvinner (Kvåle, 2022). En femtedel av Norges befolkning behandles forebyggende mot hjerte- og karsykdommer med medikamentell behandling (Ariansen et al., 2021). Selv om fysisk aktivitet er vist å ha de samme effektene uten bivirkninger, er det mindre anvendt som forebygging mot hjerte- og karsykdom (Ariansen et al., 2021).

## 1.2 Virkningen av fysisk aktivitet og inaktivitet

Tidligere i år (2022) kom Helsedirektoratet med nye råd om fysisk aktivitet, hvor hovedbudskapet er at hvert eneste minutt teller. Retningslinjene er overordnede og en generalisert anbefaling til hele befolkningen. Anbefalingen baserer seg på at voksne og eldre

bør være i minst 20 minutter daglig aktivitet for å imøtekomme de nye anbefalingene (Helsedirektoratet, 2022). Videre bør voksne og eldre være fysisk aktive i minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet eller minst 75 til 150 minutter med høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet (Helsedirektoratet, 2022). Bakgrunnen for denne anbefalingen bygger på Verdens Helseorganisasjon sine anbefalinger (World health organization, 2020), og at rådene i dag er sterkt anbefalt for befolkningen (Helsedirektoratet, 2022). Det er bare omlag 30 prosent av den voksne befolkningen som imøtekommer dagens retningslinjer for fysisk aktivitet (Hansen et al., 2015). Hjerte- og karsykdommer er den mest utbredte livsstilssykdommen, og utgjør 40% av alle dødsfall i Norge (Norsk Helseinformatikk, 2022; Thelle & Nylenna, 2022). Personer med hjerte- og karsykdommer kan som oftest følge de generelle anbefalingene for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2018). Videre er det anbefalt at personer med etablert hjerte- og karsykdom bør drive regelmessig fysisk aktivitet for å forebygge nye hendelser og alvorlige komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2018). Det anbefales både kondisjon- og styrketrening, og at det bør gjennomføres 3-5 ganger i uka (Helsedirektoratet, 2018).

Fysisk inaktivitet er en alvorlig trussel for helsen og livskvaliteten (Lee et al., 2012; World health organization, 2020). Beregninger viser at sykdom knyttet til inaktivitet koster samfunnet rundt syv milliarder kroner årlig, og om alle tilfredsstiller anbefalingene for fysisk aktivitet ville 239 milliarder i året bli spart (Kvam, 2019). Ved å imøtekomme dagens anbefalinger for fysisk aktivitet, vil en blant annet redusere risikoen for hjerte- og karsykdom, hjerneslag, høyt blodtrykk og diabetes type 2 (Goodman & Fuller, 2020; Nystad, 2022; Pedersen & Saltin, 2015). Dette gjør at fysisk aktivitet er svært effektivt for helsa, og spesielt hjertet, etter hjerteinfarkt (Dibben et al., 2021; Kemi & Wisloff, 2010; Rauch et al., 2016). Det er sett at hjertet får et økt slagvolum, skjelettmusklene får økt kapasitet gjennom et bedre kapillært nettverk og evnen til å motstå tretthet bedres (Goodman & Fuller, 2020; Kemi & Wisloff, 2010). Disse endringene kan bidra til å forbedre og reversere symptomer, noe som reduserer risikoen for ny sykdom (Dibben et al., 2021). Videre fant Dibben et al. (2021) i sitt systematiske litteratursammendrag at treningsbasert rehabilitering er assosiert med redusert antall sykehusinnleggelser og økt livskvalitet.

### 1.3 Atferdsendring etter hjerteinfarkt

Omtrent hvert 40. minutt får et menneske i Norge hjerteinfarkt (Kvåle, 2022). Endring i helseatferd er svært viktig i sekundærforebygging av hjerteinfarkt (Dibben et al., 2021), og treningsbasert hjerterehabilitering har anbefalingsklasse 1 fra europeiske og amerikanske retningslinjer (Knuuti et al., 2020; Smith et al., 2011). Det er godt dokumentert at pasienter med hjerteinfarkt vil få helsefordeler gjennom økt fysisk aktivitetsnivå (Dibben et al., 2021; Rauch et al., 2016). Allikevel er helsekompetansen blant pasientgruppen lav (Beauchamp et al., 2022), og opplevd helsekompetanse har vist å kunne predikere helseatferd hos pasienter innlagt med hjerte- og karsykdom (Bachmann et al., 2016). Helsedirektoratet (2021) nevner at behovet for helsekompetanse er økende og en forutsetning for at pasienter skal bli aktive deltakere i egen helse. Det er kun 11,8% av de som overlever hjerteinfarkt som oppnår dagens anbefalinger for fysisk aktivitet (Aboyans & Boukhris, 2021). Forskning har sett at også vedlikehold av fysisk aktivitet etter treningsbasert hjerterehabilitering er dårlig (Santiago de Araújo Pio et al., 2019), der en høy andel i Norge får tilbakefall av sykdom (Jortveit et al., 2019).

NorEx driver med sekundærforebygging i form av treningsbasert rehabilitering. Dette vil innebære en påvirkning av deltakere sin atferd, ved å initiere og vedlikeholde økt mengde fysisk aktivitet. Videre viser forskning at intervensjoner som hjelper med å initiere endring, ikke nødvendigvis er like effektive på å vedlikeholde atferden (Thraillkill & Alcalá, 2022). I arbeidet med å opprettholde atferdsendringen er det sett at motivasjonen er avgjørende og bør prioriteres (Glanz et al., 2015; Samdal et al., 2017). AET er designet for å påvirke faktorer som hemmer og hinder atferdsendring (Carey et al., 2018; Michie et al., 2015), og kan vil hjelpe NorEx-trenere i deres veiledning av deltakere til å øke aktivitetsnivået. Kvalitativ forskning har sett at en positiv holdning og klar treningsstrategi sammen med støtte og oppfølging fra omgivelsene bidro til at pasientene lykkes (Bäck et al., 2017). Andre studier viser også at støtte og videre oppfølging fra fysioterapeuter ble sett som en viktig faktor for å opprettholde treningen (Desveaux et al., 2017; Knudsen et al., 2014).

### 1.4 Atferdsendringsteknikker

En studie som så på AET i fysisk aktivitet intervensjoner for pasienter med kardiovaskulær sykdom, fant at kompetanse (78%) og målsetting (74%) var de hyppigste brukt i studiene som ble inkludert (Duff et al., 2017). Videre viser studien at tilbakemelding og registrering, samt

sosial støtte var tredje mest rapportert med 48% i de inkluderte studiene (Duff et al., 2017). Målsetting er den vanligste komponenten i atferdsintervensjoner med hensikt å endre helse atferd (Michie et al., 2018). Funnet er også sett å være gjeldende i intervensjoner med mål om å øke fysisk aktivitet og vedlikehold (Howlett et al., 2019; Laddu et al., 2021). Olander et al. (2013) så at atferdsmål var det mest brukte teknikken i intervensjoner som ønsket å øke aktivitetsnivået til overvektige individer. Videre fant Laddu et al. (2021) i sin studie at planlegging er blant de vanligste rapporterte teknikkene. Samtidig hadde Winter et al. (2016) tidligere funnet ut at egenkontroll og tilbakemelding på prestasjon er blant de mest brukte i kardiiovaskulær forebygging.

Målsetting og planlegging er vist å ha positive effekter på atferdsendring med økt fysisk aktivitet i atferdsendingsintervensjoner (Epton et al., 2017; Greaves et al., 2011). National Institute for Health and Care Excellence (2016) uttalte at målsetting bør være til stede i alle atferdsendingsintervensjoner. Swann et al. (2022) fant derimot i deres studie at ikke all målsetting er like effektiv. I den systematiske gjennomgangen til Lara et al. (2014), som så på effektive AET i kostholdsintervensjoner, ble det identifisert at barrierer, problemløsning, planlegging av sosial støtte, resultatmål og tilbakemeldinger ga en positiv effekt på utfallet. Videre fant en systematisk gjennomgang av effektive AET for fysisk aktivitet og sunt kosthold hos overvektige voksne blant annet at atferdsmålsetting, tilbakemelding på utfallet, resultatmål og sosial støtte hadde positiv effekt (Samdal et al., 2017).

Sosial støtte vurderes å ha god effekt (Greaves et al., 2011), og er anbefalt for å lykkes med langvarig opprettholdelse av fysisk aktivitet (Warehime et al., 2020). I de europeiske retningslinjene for forebygging av kardiiovaskulær sykdom i klinisk praksis, nevnes sosial støtte å ha sammenheng med både de som lykkes og mislykkes med atferdsendring (Graham et al., 2007). Flere studier har sett at en viktig faktor for treningskontinuitet og motivasjon, er videre oppfølging av trenere eller fysioterapeuter (Desveaux et al., 2017; Ghisi et al., 2020; Knudsen et al., 2014; Sweet et al., 2019). Det ble rapportert at en støttende treningspartner ga økt treningsmotivasjon, og en følelse av å ikke stå alene (Desveaux et al., 2017; Knudsen et al., 2014; Sweet et al., 2019; Warehime et al., 2020). I tillegg til at gruppetrening ble nevnt å være deltakernes foretrukne treningsform (Desveaux et al., 2017; Martin & Woods, 2012; Sweet et al., 2019), ble også kilden til treningsglede og sosialt fellesskap trukket frem som sentrale komponenter for å fortsette med treningen (Desveaux et al., 2017; Sweet et al., 2019; Warehime et al., 2020). Videre var jevnlig kontakt med fysioterapeuter foretrukket som følge

av muligheten for regelmessig testing av fysisk form, og bidro til bevisstgjøring av helsemessige følger ved opphør av fysisk aktivitet (Knudsen et al., 2014; Martin & Woods, 2012; Sweet et al., 2019; Warehime et al., 2020).

For å begynne en kartlegging av AET ble det i 2013 utviklet en internasjonal og validert taksonomi i *The Behaviour Change Technique Taxonomy version 1, BCTTv1* (Michie et al., 2013). Til sammen består BCTTv1 av 93 AET fordelt på 16 hovedkategorier, og ble utviklet på bakgrunn av mangelfull fellesforståelse og språk for AET (Michie et al., 2013; Michie et al., 2015). Taksonomien skal gjøre det enklere for at eksempelvis intervensjoner kan kartlegges og gjengi hva som gjøres for å påvirke atferd (Michie et al., 2013; Michie et al., 2015). Ettersom taksonomien er et kartleggingsverktøy, tar den ikke for seg effektene av teknikkene (Michie et al., 2013; Michie et al., 2015). Michie et al. (2015) nevner at det er minst 5 mulige fordeler ved å utvikle et fellesspråk og kartleggingsverktøy av AET. Dette begrunnes blant annet med muligheten for å fremme nøyaktig gjentakelse av intervensjoner, spesifisere intervensjonsinnhold, identifisere AET og undersøke mulige virkningsmekanismer forbundet med AET (Michie et al., 2015). BCTTv1 vil gi muligheter for å kartlegge nøyaktig hva som ble gjort og etablere en bredere forståelse, slik litteraturen over beskriver.

### 1.5 Implikasjoner for fysioterapeuter

Økt forekomst av livsstilssykdommer og en høy andel mennesker som ikke imøtekommer dagens retningslinjer for fysisk aktivitet (Hansen et al., 2015; Norsk Helseinformatikk, 2022), vil kunne medføre at fysioterapeuter oftere møter pasienter med livsstilsrelatert sykdom i sin praksis. Fysioterapeuter jobber med helsefremmende og forebyggende arbeid, og skal hjelpe pasienter med å bedre egen helse (Norsk Fysioterapeutforbund, u.d.). Dette kan blant annet knyttes opp mot økt aktivitetsnivå. Når det kommer til kunnskap om fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt, har fysioterapeuter en sentral rolle i treningsbasert rehabilitering (Themistocleous et al., 2017). Det kan tyde på at helsepersonell har utfordringer med å initiere atferdsendring ettersom frafallet av trening er høyt og etterlevelsen manglende (Dibben et al., 2021; Pardaens et al., 2017; Sommer et al., 2022). Derfor vil det kunne være aktuelt å begynne en kartlegging av hva som blir gjort i intervensjoner, slik som NorEx-studien (Michie et al., 2015). Forhåpentligvis vil dette bidra til å gi fysioterapeuter økt kunnskap om hvilke AET som benyttes, og gjennom videre forskning hvilke konsekvenser dette kan ha i initiering og vedlikehold av atferdsendring.

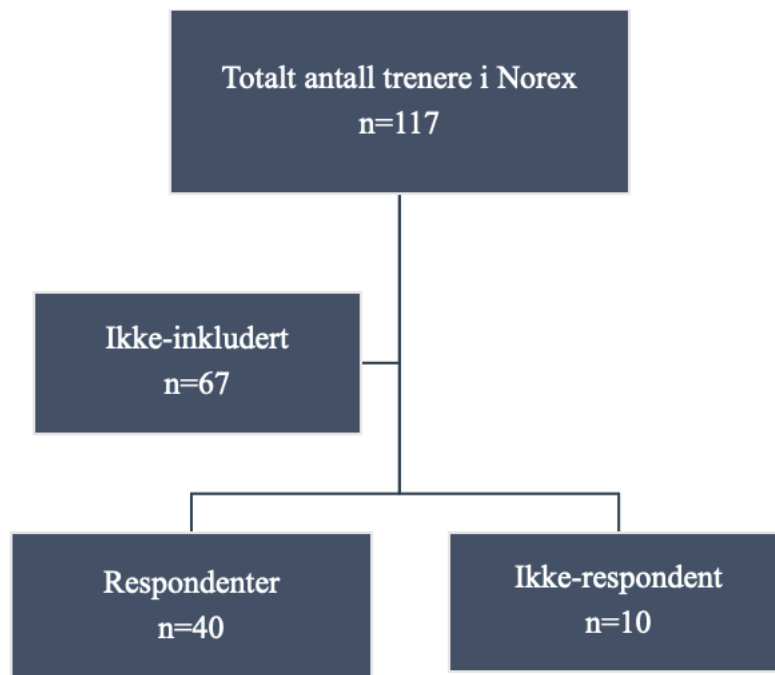


## 2.0 Metode og materiale

Vi har valgt å kartlegge trenere i NorEx sin tilnærming til deltakere ved hjelp av kvantitativ metode; spørreundersøkelse. Dette skal gi kunnskap om sosial virkelighet, gjennom å kartlegge prevalensen av utvalgte atferdsteknikker benyttet av NorEx-trenere, og dermed svare på satt problemstilling. Det ble utarbeidet et spørreskjema som ble brukt i arbeidet med oppgaven. Dette ligger som *vedlegg 1*.

Datainnsamlingen ble gjennomført mellom 2/11-19/11 2022. Undersøkelsen ble sendt ut som lenke via SMS av NorEx administrasjonen. Det ble gitt tre purringer i perioden datainnsamlingen ble gjennomført. Utspørringen var standardisert, som innebærer at alle trenere (heretter henvist til som respondentene) besvarte de samme spørsmålene. Spørreundersøkelsen ble utført over nett ved hjelp av *nettskjema* sine sider (Universitetet i Oslo, u.d.), og var anonymisert. For å sørge for at det ikke var mulig å spore tilbake til hvem som har svart ble det benyttet *Norsk senter for forskningsdata (NSD)*. *Nettskjema* har muligheten for «anonym løsning», som gjør at de gjeldende retningslinjene fra NSD blir ivaretatt (Norsk senter for forskningsdata, u.d.-b). Videre inneholdt ikke spørreundersøkelsen spørsmål om identifiserbare opplysninger, slik som kjønn og alder. Dette gjorde at vår studie ikke var meldepliktig, som følge av at undersøkelsen ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner direkte eller indirekte gjennom e-post/IP-adresse eller koblingsdata (Norsk senter for forskningsdata, u.d.-a). Det ble gjennomført en pilotering eller testundersøkelse på administrasjonen i NorEx og fysioterapeuter ved to fysioterapeutinstitutt på Østlandet.

## 2.1 Utvalget



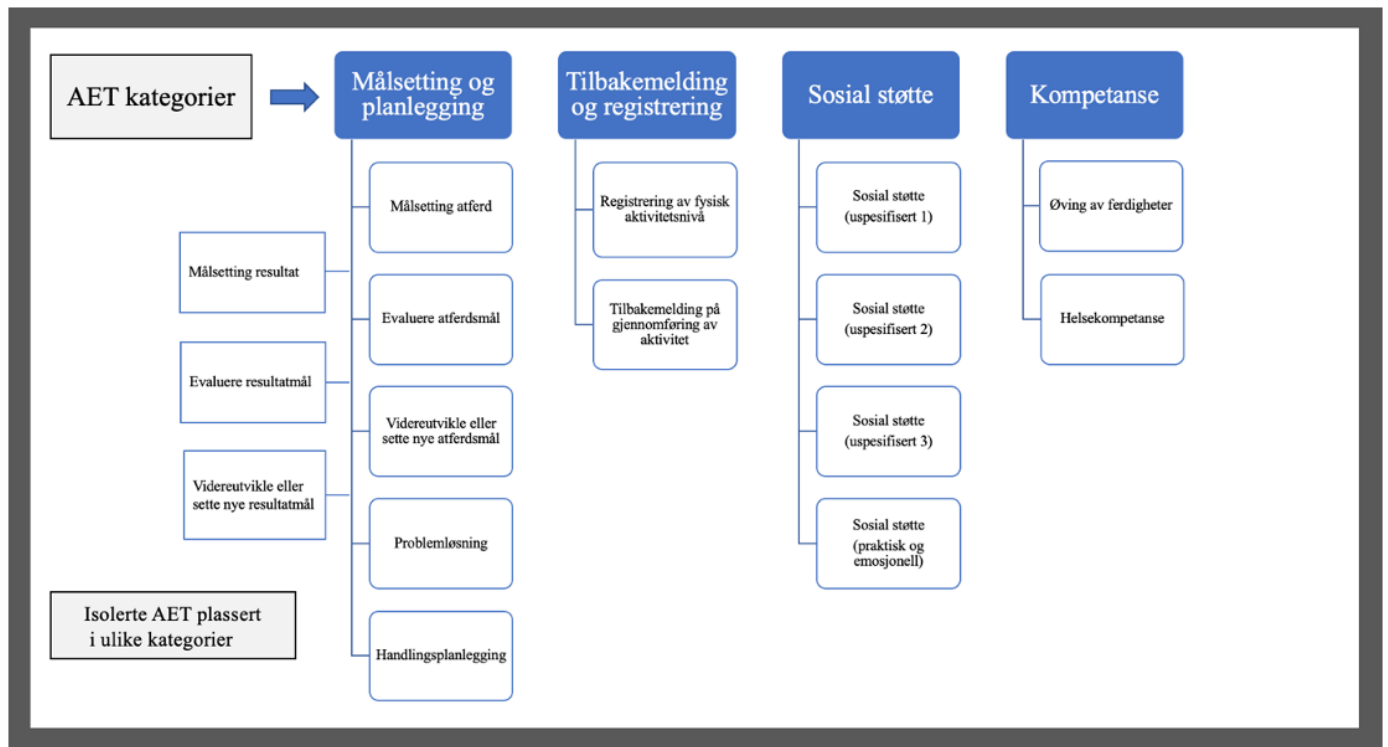
Figur 1: Viser antallet (n) i utvalget. Videre ser en fordeling av ikke-inkludert, respondenter og ikke-responent

Utvalget i studien var rekruttert gjennom deres deltakelse i NorEx-studien. Betingelsene for å være trenere i NorEx var relevant erfaring, interesse og utdanningsbakgrunn innen trening, coaching og motivasjon til livsstilsendring. NorEx-studien rekrutterte trenere gjennom sine facebooksider, som videre ble delt i relevante faggrupper bestående av aktuelle trenere. I tillegg ble sykehus, kommuner, frisklivssentraler og treningssentre kontaktet. Videre ble trenere valgt ut på bakgrunn av geografisk lokalisasjon, kompetanse og engasjement. Dette gjør at det i skrivende stund er 117 trenere i NorEx-studien. Av disse var det 50 trenere som hadde deltakere når datainnsamlingen ble gjennomført, og i så måte imøtekom den eneste inklusjonskriterien til studien. Dette dannet vårt utvalg for undersøkelsen. Av de som mottok undersøkelsen svarte 40, og ble dermed inkludert i undersøkelsen.

## 2.2 Studiedesign

Med bakgrunn i litteratursøk knyttet til avsnitt i teoridelen og teknikkene beskrevet i taksonomien BCTTv1 (Michie et al., 2013), ble det valgt å kartlegge de fire kategoriene: 1) «Målsetting og planlegging», 2) «tilbakemelding og registrering», 3) «sosial støtte» og 4) «kompetanse». Ettersom de ulike kategoriene inneholder flere enkelte AET, ble det til sammen kartlagt 16 forskjellige AET. Hva de ulike teknikkene tar for seg, er tydeligere

beskrevet i vedlegg 1. Figur 2 illustrerer både kategoriene, samt hvilke isolerte AET de er bestående av.



Figur 2: Oversikt over de enkelte AET sortert i kategorien de tilhører

### 2.3 Spørreskjemaet

Undersøkelsen ble lagt opp som et postintervju, der respondenten selv noterte svarene sine i spørreskjemaet (Dalland, 2017). Spørreskjemaet ble utviklet for å være enkelt og oversiktlig å besvare, samtidig noe respondentene kunne relatere seg til. Det ble ikke funnet en tidligere spørreundersøkelse under våre søk, som medførte at det ble utarbeidet et spørreskjema i forbindelse med studien vår. Skjemaet ble utviklet med mål om å identifisere tilnærminger basert på beskrivelser av AET definert av Michie et al. (2013), samtidig som det var rettet mot trenere i NorEx-studien.

Respondentene fikk først et informasjonsskriv, deretter instruksjon knyttet til besvarelsen (vedlegg 1). Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om at deltakelse i undersøkelsen bekrefter samtykke i at svarene kan benyttes i studien, og kan publiseres i eventuelle fremtidige vitenskapelige artikler. Spørreskjemaet var delt inn i fem deler: 1) Bakgrunn, 2) Målsetting og planlegging, 3) tilbakemelding og registrering, 4) Sosial støtte 5) Kompetanse, og hadde til sammen 23 antall spørsmål (vedlegg 1). Respondentene ble presentert for utsagn med eksempler, som representerte isolerte teknikker beskrevet i BCTTv1 (Michie et al.,

2013). Dette gjør at våre definisjoner for hva som legges i de ulike kategoriene og hver enkelt AET, kommer fram i *vedlegg 1*. Videre fikk de muligheten til å svare etter en likert-skala. Graderingen av svaralternativene omfattet fem verdier; «enig», «delvis enig», «vet ikke/usikker», «delvis uenig» og «uenig». Svaralternativene er universale for del 2-5 spørsmålene, og ved å inkludere «delvis» har studien åpnet for muligheten til å kartlegge vagere svar. Begrunnelsen for valg av svaralternativer er at en likert-skala i større grad finner ut av hvordan utvalget forholder seg til påstandene og spørsmålene de blir stilt ovenfor. Likert-skala anbefales i undersøkelser med hensikt om å kartlegge utvalgets holdninger (Malt & Grønmo, 2020). Ved universale svaralternativer, var hensikten å gjøre det lettere for målgruppen å besvare. Del 1 inneholdt kartleggingsspørsmål av respondentenes bakgrunn (vedlegg 1). Undersøkelsen var utarbeidet slik at respondentene bare kunne velge ett svaralternativ per spørsmål på 22 av 23 spørsmål. Ett flervalgsspørsmål (spørsmål 3) var rettet mot utdanningsbakgrunn. Alle spørsmålene var obligatoriske.

## 2.4 Dataanalyse

Det ble gjort en deskriptiv analyse av dataen. Dataanalysen ble presentert i Nettskjema. Her kom respondentenes svar sammenfattet i form av antall (n) og svarprosent på hvert av spørsmålene. Videre ble dataen overført via manuell utfylling til regnearkprogrammet *Microsoft Excel versjon 16.66.1*, og framstilt ved hjelp av stolpediagram. Dette ga et bilde på fordelingen av respondentene i de ulike spørsmålene. Videre ble dataen sammenfattet for hver av de ulike kategoriene. I sammenfatting av de ulike kategoriene, presenteres svaralternativene «enig» og «delvis enig» samlet. Det samme gjelder «uenig» og «delvis uenig».

## 2.5 Metodevurdering

Det er flere ulemper med valgt metode. Datainnsamling krever ofte purringer, som følge av at det kan være vanskelig å få høy svarprosent. Videre vil ikke metoden åpne opp for muligheten til å kontrollere hvem som har svart og kontrollere respondentens forståelse og tolkning av spørsmålene (Dalland, 2017). Vi måtte purre tre ganger i perioden for datainnsamlingen, noe som belyser utfordringen ved å få høy svarprosent. Studien har ikke hatt mulighet til å kartlegge hvem som har svart, og når de har svart (Dalland, 2017). Vi anerkjenner dermed muligheten for at enkelte trenere bare har svart for å svare, de kan ha vært på farten eller gjort andre ting underveis. Potensielt kan dette ha medført en manglende tilstedeværelse og

forståelse i utføringen av undersøkelsen. Studien benyttet også et ikke-validert spørreskjema. Et validert eller gyldig spørreskjema medfører at resultatene fra undersøkelsen, gir svar på det som undersøkes (Dahlum, 2021). Dette innebærer at respondentene måtte fylle ut undersøkelsen basert på egen tolkning av hva som er etterspurt. Derfor kan det være avvik mellom ulike respondenter sine tolkinger, som dermed kan ha hatt en konsekvens for resultatet. Studien har heller ikke hatt muligheten til å kartlegge hva trenere legger i de ulike svaralternativene. Muligens innebærer dette at der enkelte trenere har rapportert «delvis enig», har andre med nokså lik praktisering svart «enig». Dermed kan individuelle variasjoner mellom de ulike respondentene ha påvirket resultatet til studien. Videre ønsker vi å nevne at et mulig bias for denne metoden, kan knyttes til at trenere ønsker å fremstille et «penere» bilde enn hva realiteten tilsier. Dette sett i sammenheng med at de får betalt, og har fått anbefalinger fra NorEx-administrasjonen om oppfølging av deltakere.

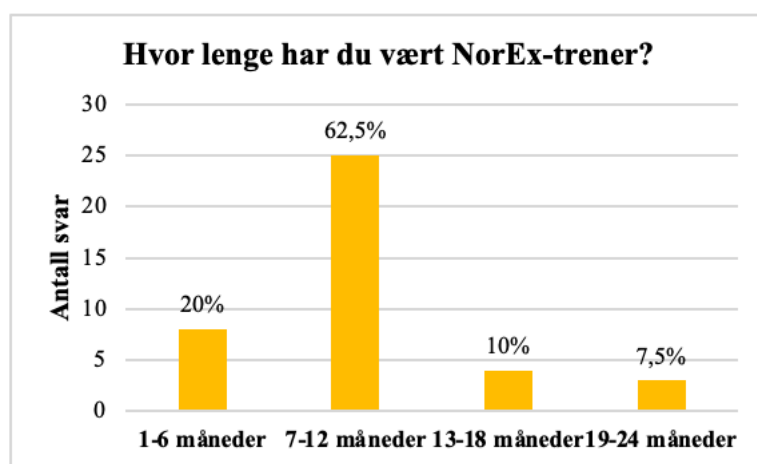
Studien endte opp med en svarprosent på 80%. Dette kan tyde på at til tross for den nevnte utfordringen med å motta mange svar, har studien lykket med å representere en stor andel av utvalget. Det bør likevel nevnes at dersom datainnsamlingen hadde gått over en lengre periode, ville mulig flere svar blitt kartlagt. Videre er det flere fordeler med valgt metode. Blant disse er mulighet for anonymitet, rask gjennomførelse, få kostnader og potensialet for at respondenten kan svare i eget tempo (Dalland, 2017). I forbindelse med vår oppgave var en forutsetning i valg av metode at den lot seg gjennomføre innenfor gitt tidsbegrensning, og at det ville medføre lave kostnader. Ved å velge spørreundersøkelse, framfor eksempelvis intervju, ble det til tross for tidsbegrensningen lagt til rette for innhenting av data fra en stor andel NorEx-trenere. Derfor har valg av metode vært viktig for å gi en bred og troverdig oversikt over hva trenere gjør under samhandling med deltakere, og på denne måten svare på satt problemstilling.

### 3.0 Resultat

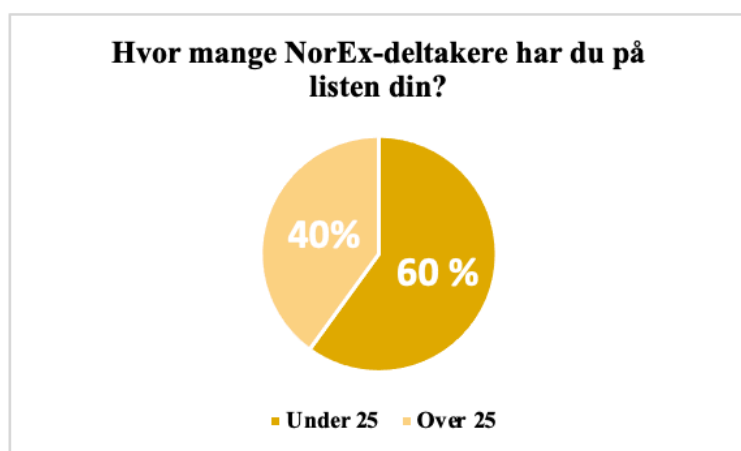
Resultatet kan ses i sammenheng med spørreskjemaet som ble benyttet, og spørreskjemaet ligger som nevnt under *vedlegg 1*. NorEx-studiens administrasjon sendte SMS med lenke til spørreskjemaet til de 50 NorEx-trenere som ble inkludert. Av 50 trenere ble det mottatt 40 svar, noe som utgjorde en svarprosent på 80%. Det er ukjent hvorfor de siste 10 ikke svarte, fordi spørreundersøkelsen var anonymisert. Utfra alle svarene i undersøkelsen er det under 6% på “vet ikke / usikker”. Dette gjør at 94% av svarene presenterer uenighet eller enighet til spørsmålene.

#### 3.1 Utvalgets bakgrunn

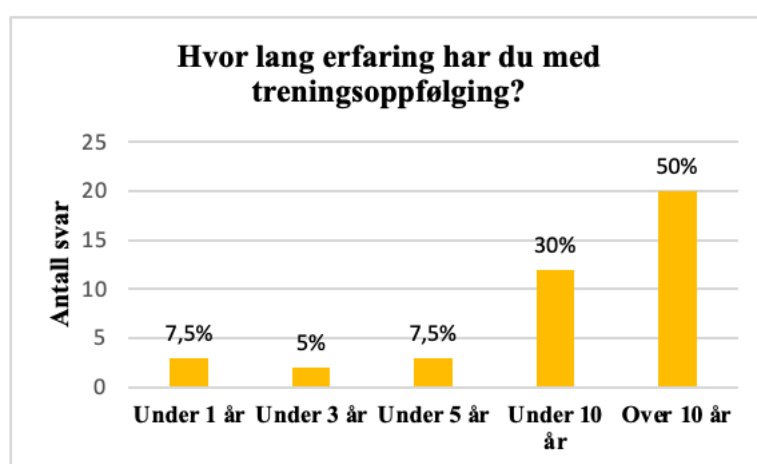
Figur 3-5 gir en oversikt over treneres bakgrunn, erfaring fra treningsoppfølging og antall deltakere. Til sammen  $n=7$  (17,5%) har vært NorEx-trener i mer enn 12 måneder, mens  $n=33$  (82,5%) har vært NorEx-trener i mindre enn 12 måneder (figur 3). Videre har 40% av respondentene mer enn 25 deltakere på sin liste (figur 4). Det er  $n=32$  (80%) som har erfaring med treningsoppfølging i over 5 år, mens  $n=5$  (12,5%) har under 3 års erfaring (figur 5).



Figur 3: Oversikt over fordelingen av hvor lenge utvalget har vært NorEx-trener (spørsmål 1).

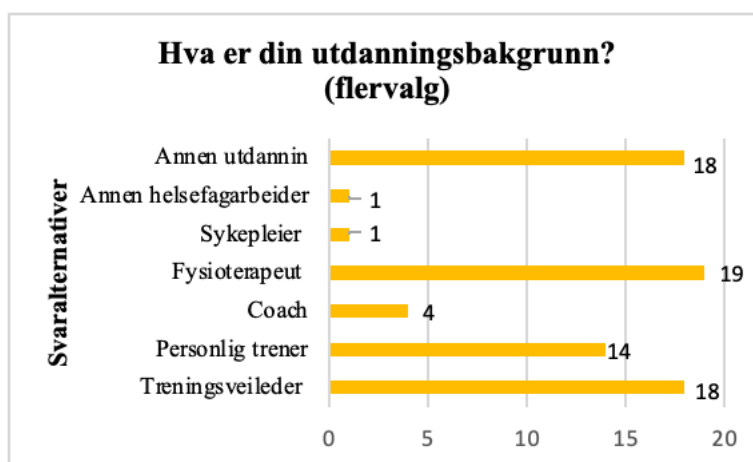


Figur 4: Oversikt over fordelingen av hvor mange deltakere utvalget har (spørsmål 2).

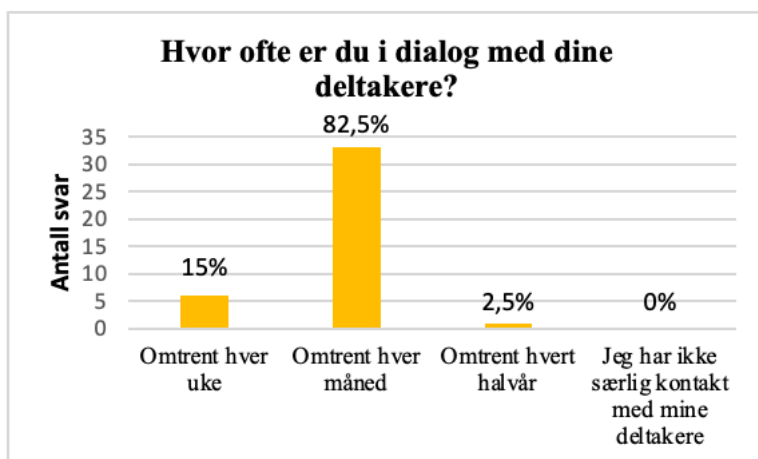


Figur 5: Oversikt over fordelingen av utvalgets erfaring med treningsoppfølging (spørsmål 3).

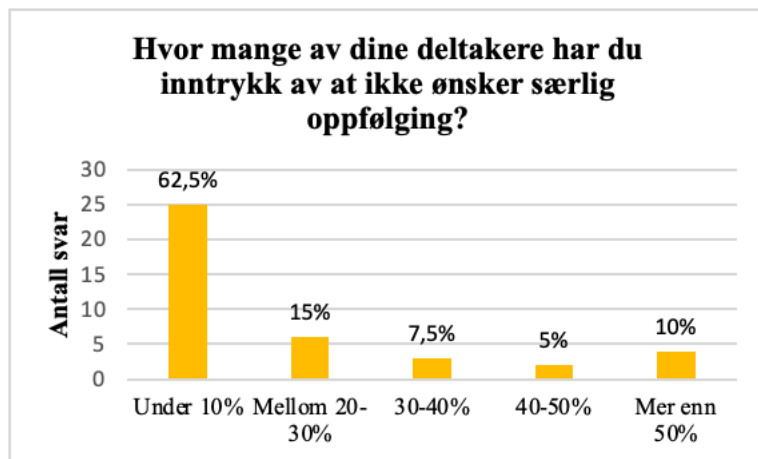
Videre viser figur 6-8 en oversikt over utdanningsbakgrunn, dialog med deltakere og antall deltakere som ikke ønsker oppfølging. Det er n=19 (47,5%) som har utdanningsbakgrunn som fysioterapeut, og til sammen har n=36 (90%) utdanning innen personlig trener, coach eller treningsveileder (figur 6). Av respondentene er n=6 (15%) i dialog med sine deltakere omtrent hver uke, mens n=33 (82,5%) har kontakt omtrent hver måned (figur 7). I tillegg er det 62,5% som oppgir at mer enn 90% av deres deltakere ønsker oppfølging (figur 8). Videre ser en at 15% oppgir at 40% eller mer, ikke ønsker oppfølging (figur 8).



Figur 6: Oversikt over fordelingen av utvalgets utdanningsbakgrunn (spørsmål 4).



Figur 7: Oversikt over hvor ofte utvalget er i dialog med sine deltakere (spørsmål 5).



Figur 8: Oversikt over hvor mange deltakere utvalget opplever ikke ønsker særlig oppfølging (spørsmål 6).

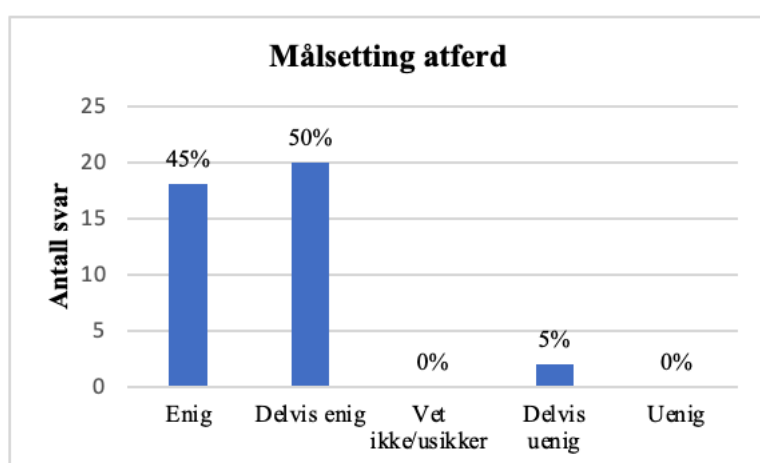
### 3.2 Målsetting og planlegging

Figur 9 viser en sammenfatning av de inkluderte teknikkene i kategorien «målsetting og planlegging». Det er til sammen ca. 78% trenere som er enig eller delvis enig i at de ulike teknikkene presentert under blir benyttet. Videre viser figuren at omtrent 15% er uenig eller delvis uenig, mens omtrent 7% usikre på om de bruker disse teknikkene.

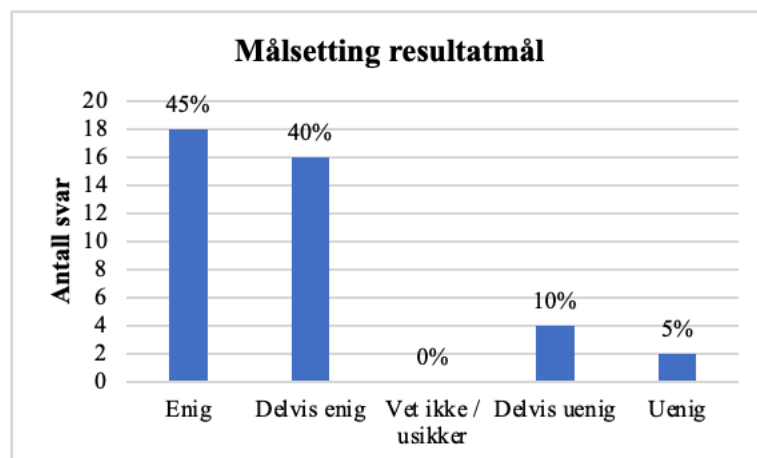


Figur 9: Oversikt over sammenfatning av kategorien "målsetting og planlegging" (spørsmål 7–15).

Totalt er 95% av trenere enig eller delvis enig i at de bruker AET «målsetting atferd» (figur 10), mens det er 85% av trenere som er enig eller delvis enig i «målsetting resultatmål» (figur 11). Videre svarer 42,5% tilsvarende på at de er enig i å evaluere atferdsmål (figur 12), sammenlignet med at 87,5% er enig i at de evaluerer resultatmål (figur 13). Til sammen er n=25 (62,5%) enig i at de videreutvikler eller setter nye atferdsmål (figur 14), og n=32 (90%) enig i at de videreutvikler eller setter nye resultatmål (figur 15).

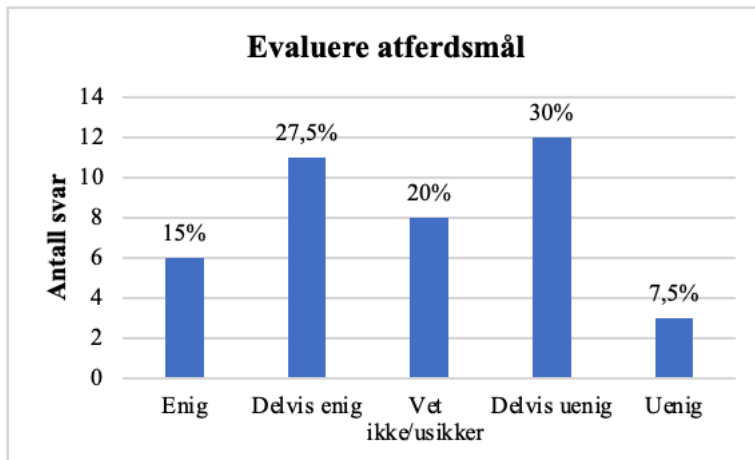


Figur 10: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter «målsetting atferd» (spørsmål 7).

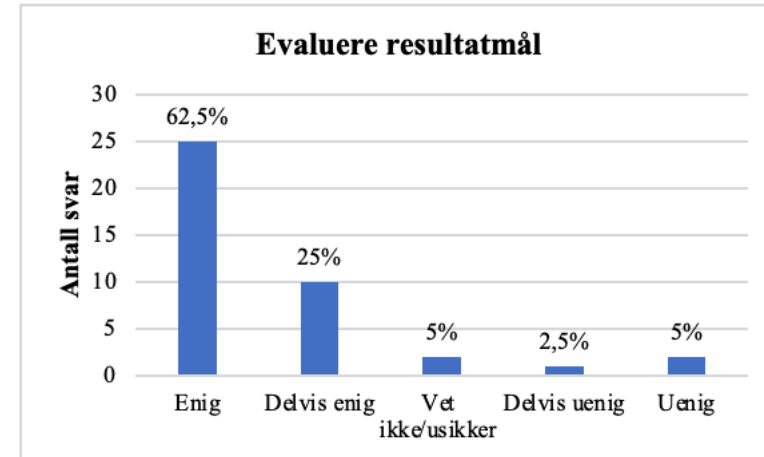


Figur 11: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter «målsetting resultatmål» (spørsmål 8).

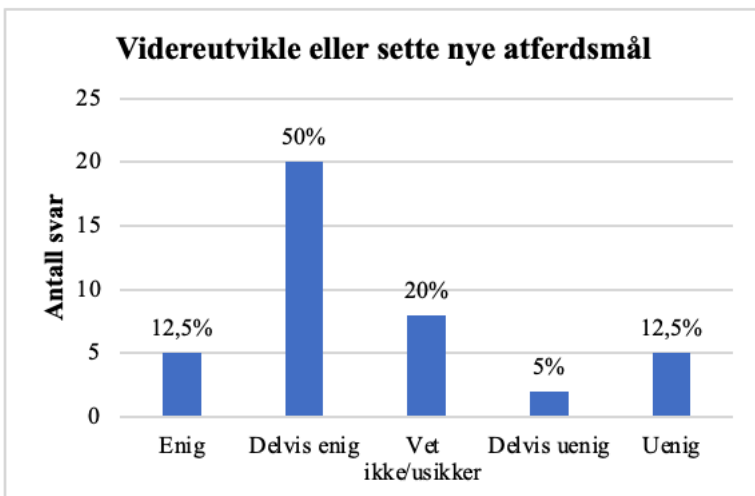




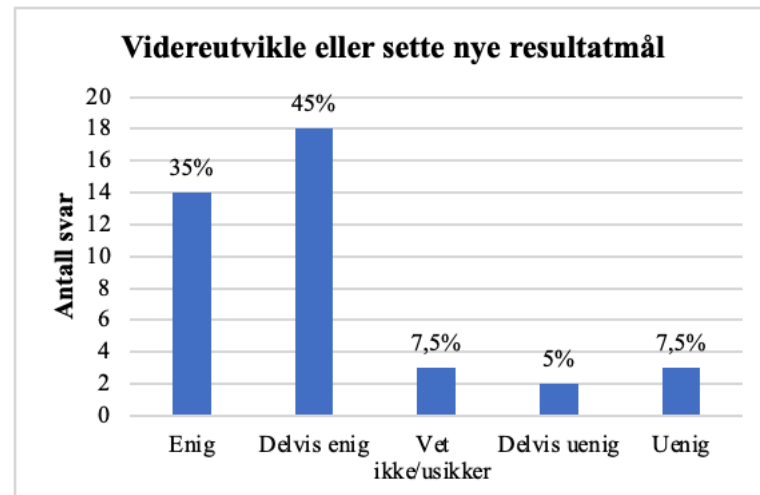
Figur 12: Oversikt over fordelingen av utvalget som benytter og ikke benytter "evaluere atferd" (spørsmål 11).



Figur 13: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter "evaluere resultatmål" (spørsmål 13).

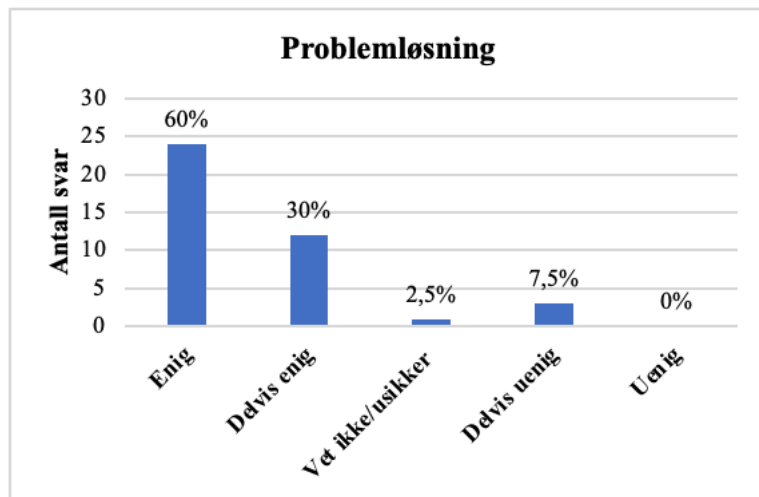


Figur 14: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter «videreutvikle eller sette nye atferdsmål» (spørsmål 12).

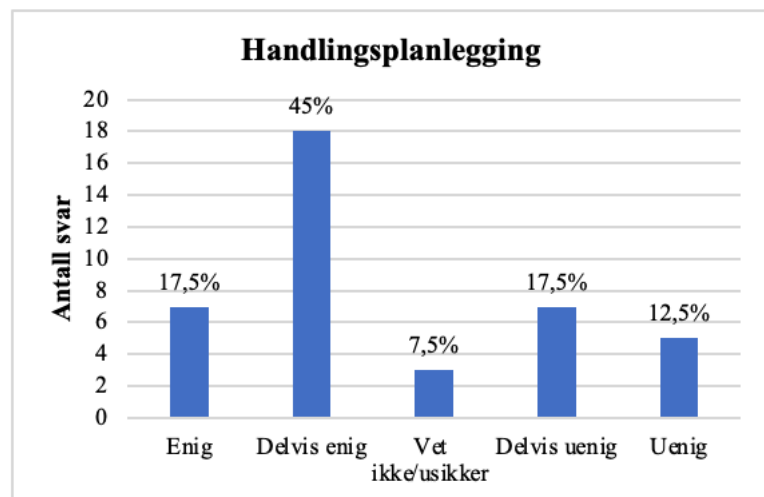


Figur 15: Oversikt over fordelingen av utvalget som benytter og ikke benytter "videreutvikle eller sette nye resultatmål" (spørsmål 14).

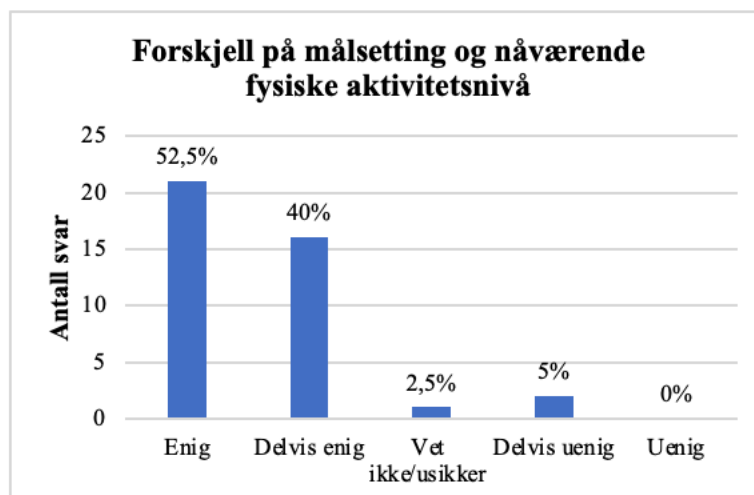
Figur 16-18 viser en oversikt over hvor mange som er enig eller uenig i at de benytter AET «problemløsning», «handlingsplanlegging» og «forskjell på målsetting og nåværende fysiske aktivitetsnivå». Blant respondentene er n=36 (90%) enig eller delvis enig i at de benytter problemløsning i veiledning av deres deltakere (figur 16). Videre svarer n=25 (62,5%) tilsvarende når det gjelder handlingsplanlegging (figur 17). Til slutt er 92,5% enig eller delvis enig i at de benytter AET «Forskjell på målsetting og nåværende fysiske aktivitetsnivå» (figur 18).



Figur 16: Oversikt over fordelingen av utvalget som benytter og ikke benytter problemløsning (spørsmål 9).



Figur 17: Oversikt over fordelingen av utvalget som benytter og ikke benytter «handlingsplanlegging» (spørsmål 10).



Figur 18: Oversikt over fordelingen av utvalget som benytter og ikke benytter "forskjell på målsetting og nåværende fysiske aktivitetsnivå" (spørsmål 15).

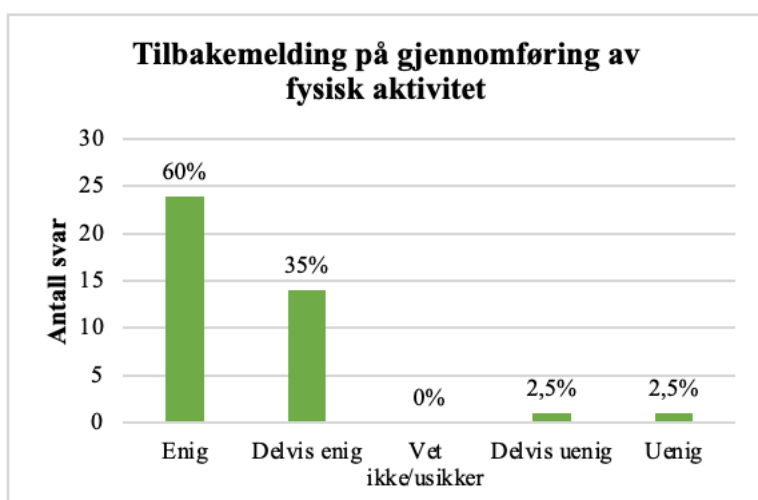
### 3.3 Tilbakemelding og registrering

Studiens tall viser at 93% av trenere er enig eller delvis enig i at de benytter kategorien «tilbakemelding og registrering» (figur 19), mens under 10% enten er uenig, delvis uenig eller usikker.

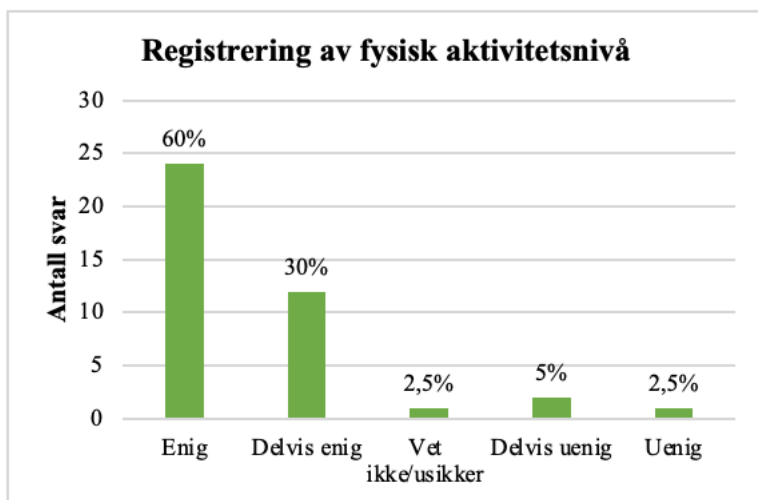


Figur 19: Sammenfatting av teknikkene inkludert i "tilbakemelding og registrering" (spørsmål 16-17).

Når det gjelder de to isolerte teknikkene som representerer denne kategorien er n=38 (95%) enig eller delvis enig i at de bruker AET «tilbakemelding på gjennomføring av fysisk aktivitet» (figur 20). I denne kategorien er det ingen av trenere som er usikre, der resterende 5% er likt fordelt på uenig og delvis uenig. Videre rapporterer denne studien at n=36 (90%) er enig eller delvis enig i bruk av AET «registrering av fysisk aktivitetsnivå» (figur 21) under samhandling med sine deltakere. Her er 2,5% av trenere usikre i om de benytter denne AET.



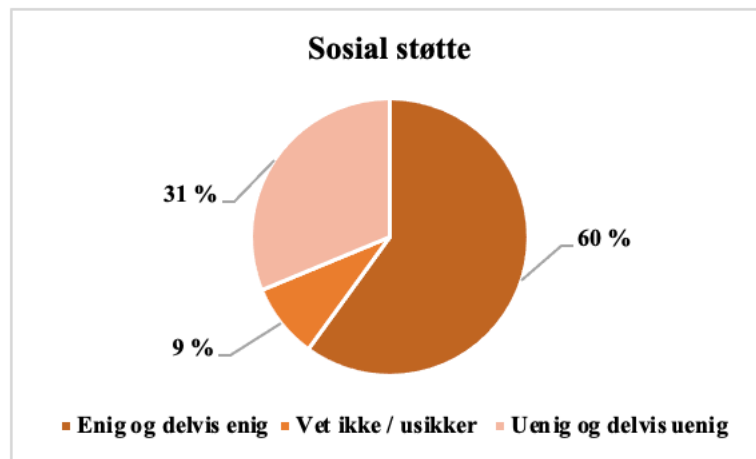
Figur 20: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter «tilbakemelding på gjennomføring av fysisk aktivitet» (spørsmål 16).



Figur 21: Oversikt over fordelingen av utvalget som benytter og ikke benytter "registrering av fysisk aktivitetsnivå" (spørsmål 17).

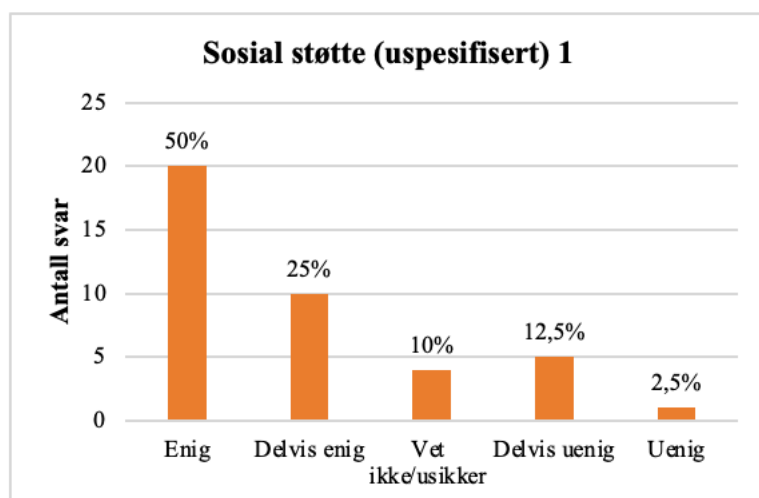
### 3.4 Sosial støtte

Figur 22 viser sammenfatningen av de ulike AET i kategorien «sosial støtte». Dette gir et resultat hvor 60% er enig eller delvis enig. Nevnt figur viser videre at av den resterende prosentandelen av trenere er 31% uenig eller delvis uenig, mens 9% er usikre.

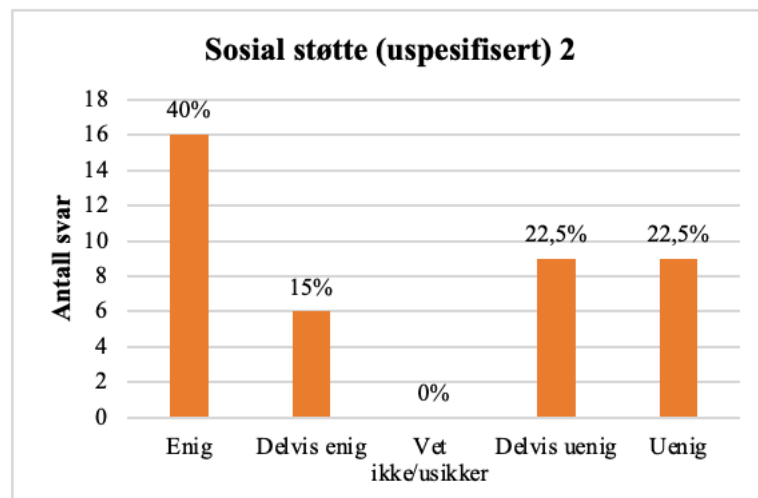


Figur22: Sammenfatning av teknikkene inkludert i kategorien "sosial støtte" (spørsmål 18-21).

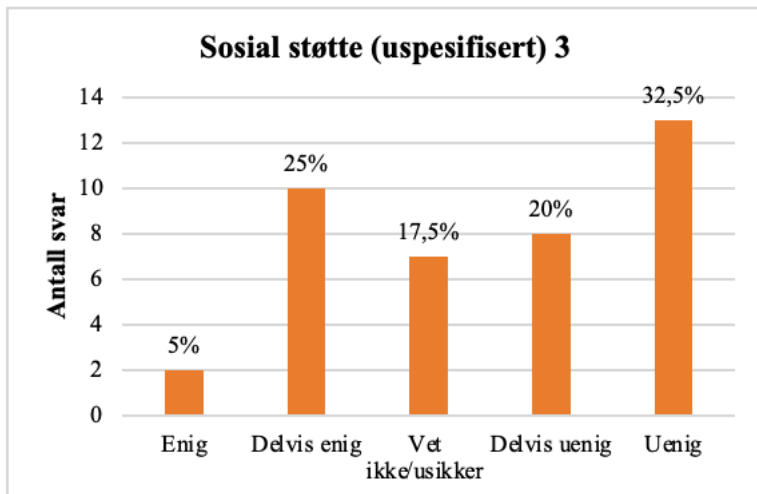
Av trenere i Norex er 50% enig i at de benytter AET «sosial støtte (uspesifisert 1)» i møte med sine deltakere, mens 25% er delvis enig og 10% usikre (figur 23). Videre er n=22 (55%) enig i at de arrangerer gruppetrening for sine deltakere (figur 24), mens n=12 (30%) oppfordrer deltakere til å arrangere gruppetreninger for hverandre (figur 25). Avslutningsvis illustrerer figur 25 at 80% arbeider aktivt for at deres deltakere som har treningspartner, skal inkludere disse i treningen deres.



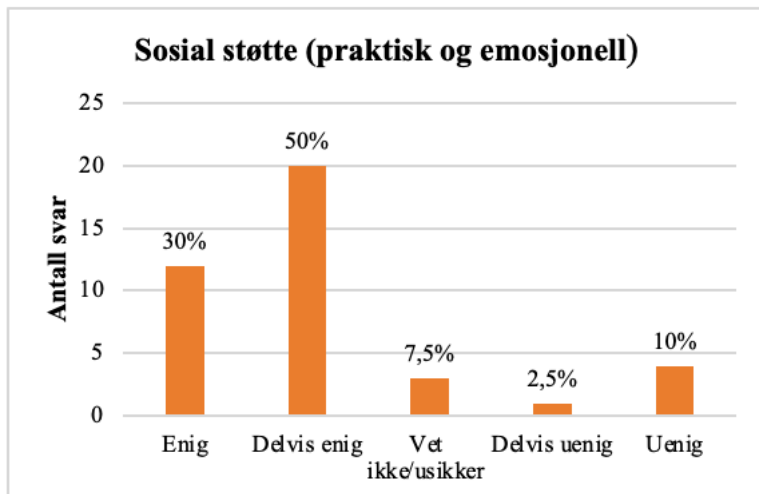
Figur 23: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter "sosial støtte (uspesifisert) 1" (spørsmål 18).



Figur 24: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter "sosial støtte (uspesifisert) 2" (spørsmål 19).



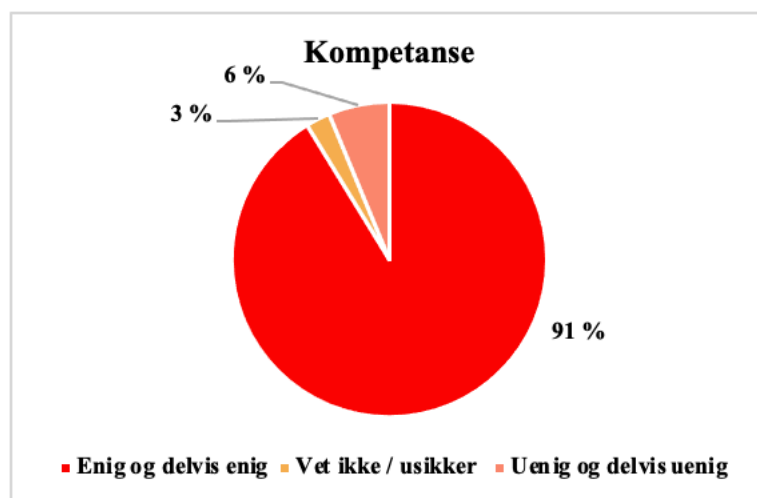
Figur25: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter "sosial støtte (uspesifisert) 3" (spørsmål 20).



Figur26: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter "sosial støtte (praktisk og emosjonell)" (spørsmål 21).

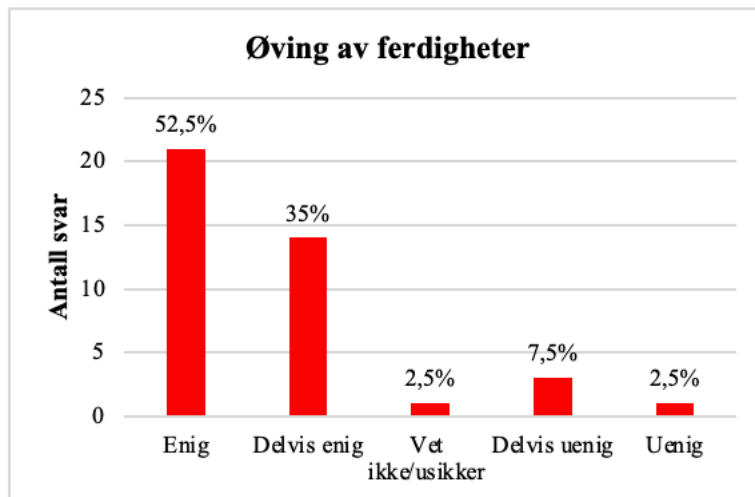
### 3.5 Kompetanse

Totalt 91% av trenere i NorEx rapporterer at de er enig eller delvis enig i at de benytter kategorien «kompetanse» i deres arbeid med deltakere (figur 27). I denne kategorien er videre 6% enten uenig eller delvis uenig, og 3% usikre på om dette er teknikker de benytter seg av.

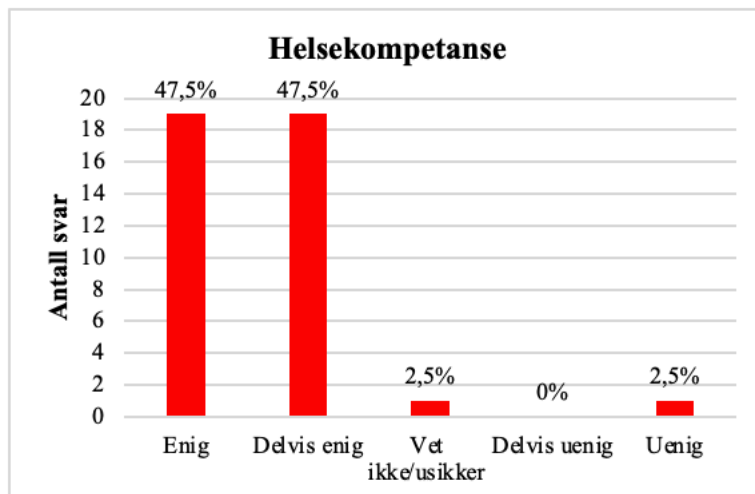


Figur 27: Sammenfatting av de inkluderte kategorien "kompetanse" (spørsmål 22-23).

I veiledning av deltakere er n= 35 (87,5%) av trenere enig eller delvis enig i at de benytter AET «øving av ferdigheter» (figur 28). Videre viser nevnt figur at 10% enten er delvis uenig eller uenig, mens 10% usikre. Avslutningsvis presenterer figur 29 at n=38 (95%) av trenere rapporterer enighet i at de benytter teknikken «helsekompetanse». Figuren viser en lik fordeling mellom delvis enig og enig, og at resterende 5% er likt fordelt mellom usikker og uenig.



Figur28: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter "øving av ferdigheter" (spørsmål 22).



Figur 29: Oversikt over fordeling av utvalget som benytter og ikke benytter "helsekompetanse" (spørsmål 23).

## 4.0 Diskusjon

NorEx-trenere synes å benytte en rekke sentrale atferdsendringsteknikker i sitt arbeid for å hjelpe deltakere til å endre sine fysiske aktivitetsvaner. De aller fleste trenere er enig eller delvis enig i at de benytter «kompetanse» og «tilbakemelding og registrering» ( $n > 90\%$ ). Videre er «målsetting og planlegging» rapportert av rett under 80%. Samtidig er det bare litt over halvparten som sier seg enig eller delvis enig i at de benytter teknikkene beskrevet i kategorien «sosial støtte». Dette kan tilsa at trenere i NorEx i mindre grad ser verdien av å benytte denne typen atferdsendringsteknikker i samhandling med deltakere. Det kan derav synes som at NorEx-studien enda ikke har hentet ut potensialet som ligger i sosial støtte, sett i flere studier (Graham et al., 2007; Greaves et al., 2011; Samdal et al., 2017). Våre resultater indikerer videre at det er en stor andel trenere som hjelper deltakere med å sette atferdsmål, men langt færre som evaluerer satt målsetting. Når det gjelder resultatmål synes det derimot som at det er flere som er enig i å hjelpe deltakere med å sette målsetting knyttet til resultat, og evaluere satt målsetting. Dette kan indikere varierende oppfølging av målsettinger. Likevel viser den høye rapporteringen ( $> 90\%$ ) av «tilbakemelding og registrering» at NorEx-trenere i stor grad følger opp sine deltakere. Videre ble det sett at også mer enn 90% av trenere er enig eller delvis enig i at de arbeider aktivt for å gi deltakere kompetansen og ferdighetene for å forstå og kunne imøtekomme målsettingen til NorEx. Dette kan tyde på at NorEx-trenere arbeider aktivt for å hjelpe deltakere med å ta bærekraftige og kunnskapsbaserte valg knyttet til egen helseatferd (Helsedirektoratet, 2021). Med andre ord gir de hjelp til selvhjelp.

### 4.1 Målsetting og planlegging

Vi fant at omtrent 80% av trenere er enig eller delvis enig i at de benytter kategorien «målsetting og planlegging» under samhandling med sine deltakere. Andelen samsvarer med Duff et al. (2017) som fant at denne typen AET er blant de teknikkene som er hyppigst rapportert i ulike intervensjoner. Dette gjelder også andre studier der målsetting regnes som vanligste AET i intervensjoner med mål om å øke fysisk aktivitetsnivå (Howlett et al., 2019; Laddu et al., 2021). Bruk av målsetting og planlegging kan assosieres med å fremme atferdsendring, noe flere studier har belyst (Epton et al., 2017; Greaves et al., 2011; Samdal et al., 2017). Samtidig er ikke målsetting nødvendigvis avgjørende for å lykkes med endring, noe Swann et al. (2022) beskriver gjennom at alle målsettinger ikke er like effektivt. Våre resultater viste at mer enn 20% av NorEx-trenere ikke ser seg enig i at de benytter «målsetting og planlegging». Selv om de bakenforliggende årsakene til hvorfor trenere benytter og ikke

benytter enkelte eller flere av disse ikke er kartlagt i studien, kan det tenkes at trenere har et rasjonale om hvorfor. I lys av mulige årsaker for hvorfor trenere ikke benytter «målsetting og planlegg», kan det diskuteres om dette er forbundet med de individuelle forskjellene mellom deltakere. For noen deltakere kan det tenkes at «målsetting og planlegging» fremprovoserer eksempelvis stress fremfor motivasjon. Dette kan medføre at manglende oppnåelse gir en følelse av å mislykkes, og det er skremmende å i det hele tatt gi et forsøk. Swann et al. (2022) tar for seg disse tendensene i deres studie, og kan være med på å forklare viktigheten av å tilpasse seg hver enkelt deltaker. Det medfører en utfordring rundt om bruk utelukkende fremmer eller demper atferdsendring. Oppsummert så synes det som at NorEx benytter kategorien «målsetting og planlegging» i stor grad, men at videre forskning bør etterspørre de bakenforliggende årsakene for svarene til NorEx-trenere.

Målsetting knyttet til atferd og resultat er blant de teknikkene flest anvender, hvorav mer enn 80% av trenere er enig eller delvis enig i bruk. Videre er det færre som er enig i bruk av teknikker som er knyttet til å evaluere og videreutvikle målsetningene, spesielt i forbindelse med atferdsmål. Dette sett ved at vårt resultat påfølgende viste at om lag 70% videreutvikler eller setter nye atferdsmål, på tross av at bare rundt 40% oppgir å evaluere atferdsmålene. Dette kan svare til Swann et al. (2022) argumentasjon for liten effekt av målsettinger, som følge av overbruk og manglende forståelse for hva målsetting innebærer. I sammenheng med dette kan det tyde på at målsetting ikke utelukkende er forbundet med positiv effekt, og at det har en betydning hvordan dette blir gjennomført i praksis (Swann et al., 2022). Likevel er det studier som støtter opp under hypotesen om at bruk av disse teknikkene vil kunne ha positiv effekt på hvorvidt deltakere lykkes med atferdsendring (Epton et al., 2017; Greaves et al., 2011). Derfor kan ytterligere kartlegging som tar sikte på å hente utfyllende svar på hvorfor enkelte trenere ikke benytter teknikkene være hensiktsmessig. Potensielt vil en få bredere innsikt i effekt assosiert med å benytte disse teknikkene, men også skape refleksjoner blant trenere og tilrettelegge for forbedringer. Videre viste vårt resultat at det kan virke som at langt flere trenere i NorEx følger opp resultatmålene, sammenlignet med atferdsmålene beskrevet over. Dette kommer fram ved at over 80% oppgir å kjenne seg igjen i at de videreutvikler eller evaluerer resultatmålene. Dermed kan det være nærliggende å tenke at målsettingene knyttet til resultater vil være mer effektive, som følge av at de i større grad følges opp (Swann et al., 2022).



Mer enn 90% av trenere i NorEx er enig i at de hjelper deltakere med å identifisere barrierer som hindrer de fra å nå målsettingen, og gir tilbakemelding når de ikke trener i henhold til målet deres. Dette kan være en indikasjon på at deltakere i NorEx får god oppfølging av egne målsettinger. Samtidig vil dette kunne hjelpe deltakere med å utarbeide treningsplaner, som gjør at de kan planlegge hvordan treningshverdagen bør legges opp for å nå satt målsetting. Dette er sett å være assosiert med positive effekter i flere studier (Epton et al., 2017; Greaves et al., 2011). Her viser vårt resultat at det er færre trenere som er enig i å gjøre dette, der 40% ikke kjenner seg igjen i å hjelpe deltakere med å utarbeide treningsplaner. Til tross for at en så stor andel identifiserer utfordringer, legger altså langt færre planer for å overvinne disse. Likevel er det å bare identifisere barrierer sett å kunne ha positive effekter (Lara et al., 2014). Fra vårt synspunkt vil det å bruke disse teknikkene sammen gi muligheten for at deltakere får større innsikt og eierskap til egen trening. Samtidig kan det diskuteres rundt utfordringen for hver enkelt trener som følge av at flere har ansvar for mer enn 25 deltakere. Det å utarbeide individuelle og gode treningsplaner for hver enkelt kan tenkes å være svært tidskrevende og omfattende. Dette kan gi en forståelse for at færre anvender dette i deres samhandling med deltakere. For å undersøke om det er slik i praksis, bør NorEx videre utforske om det er en sammenheng mellom antall deltakere og hvor godt hver enkelt blir fulgt opp.

#### 4.2 Sosial støtte

Videre fant vi at «sosial støtte» er den kategorien færrest av NorEx-trenere (60%) er enig i at de benytter i veiledning av deltakere. Dette samsvarer med Duff et al. (2017) funn, der sosial støtte var mindre rapportert. Basert på våre funn og Duff et al. (2017) så kan det stilles spørsmål om sosial støtte har et større potensialt til å bli brukt. Dette er et relevant spørsmål å stille, som følge av at flere studier har sett positive effekter av å benytte denne typen AET for å fremme atferdsendring (Greaves et al., 2011; Samdal et al., 2017; Warehime et al., 2020). Videre fant Warehime et al. (2020) at sosial støtte er forbundet med å lykkes med langvarig opprettholdelse av fysisk aktivitet. I lys av at NorEx-studien innebærer fire eller flere år med trening i henhold til de nasjonale retningslinjene for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2022), kan det synes som at sosial støtte bør i større grad inkluderes. Det trekkes frem at for å lykkes med livsstilsendring er både oppfølging og støtte sentralt (Desveaux et al., 2017; Knudsen et al., 2014). Videre er det sett at sosial støtte kan være bakenforliggende årsak til både de som lykkes og mislykkes (Graham et al., 2007), og dermed være nærliggende å knytte manglende støtte opp mot mangelfull etterlevelse. Fra vårt synspunkt innebærer sosial støtte muligheten

til å gi hjelp til selvhjelp, ved å tilrettelegge for alle aspekter som bidrar til at deltakere på eget initiativ tar kloke valg. I lys av dette kan sosial støtte gi deltakere en opplevelse av å tilhøre et fellesskap og en kilde til treningsglede (Sweet et al., 2019; Warehime et al., 2020). For å nyttiggjøre seg av dette, stilles det krav til treneres forståelse for hvilke muligheter det ligger i sosial støtte, og hvordan det kan medføre hjelp til selvhjelp. Denne studien belyser mulig et konkret forbedringspotensial trenere har for å legge til rette for bærekraft. Andre årsaker til at teknikkene i kategorien «sosial støtte» har lavere rapportering enn de andre kategoriene, kan mulig skyldes variabler denne studien ikke har hatt muligheten til å kartlegge. Derfor understreker vi at dette er egne refleksjoner basert på litteraturen studien har tatt for seg.

Det ble funnet en stor variasjon i hvilken grad NorEx-trenere benytter de enkelte teknikkene i kategorien «sosial støtte». Omtrent 70% er enig i at de anbefaler deltakere gruppetreninger som passer for dem. Sammenlignet er det er knappe 30% som er enige i at de oppfordrer deltakere til å holde gruppetrening for hverandre, og bare halvparten i at de arrangerer gruppetreninger selv. Med viten om at 40% av trenere har mer enn 25 deltakere, innebærer dette muligheten for at over 500 deltakere ikke får tilbud om gruppetrening. Flere studier har funnet at gruppetrening er deltakernes foretrukne treningsform (Desveaux et al., 2017; Martin & Woods, 2012; Sweet et al., 2019), noe som kan tyde på at manglende gruppetrening påvirker sannsynligheten for å lykkes. Dette på bakgrunn av at sosial støtte trekkes fram av europeiske retningslinjer for forebygging av kardiovaskulær sykdom som en årsak til å både lykkes og mislykkes med atferdsendring (Graham et al., 2007). Gruppetreninger er sett å gi deltakere muligheten til å etablere et sosialt fellesskap og forebygge opplevelsen av å stå alene (Desveaux et al., 2017; Sweet et al., 2019; Warehime et al., 2020). Dermed kan studiens resultat indikere at trenere bør revurdere bruken av gruppetrening, eller reflektere over hvorfor de ikke benytter det mer. For det synes som trenere ser verdien gruppetrening kan ha, ved at en stor andel anbefaler deltakere relevante treningsgrupper.

Det er sett at 80% av trenere er enig i at de arbeider aktivt for at deltakere som har treningspartner bør benytte denne ressursen. Dette kan være positivt for at deltakere skal opprettholde deres treningsmotivasjon. Flere studier ser positive effekter ved å benytte sosial støtte for å påvirke treningsmotivasjon gjennom treningsoppfølging av trenere og treningspartnere (Desveaux et al., 2017; Ghisi et al., 2020; Knudsen et al., 2014; Sweet et al., 2019; Warehime et al., 2020). Likevel er det en femtedel som er usikre eller uenig i at de praktiserer denne formidlingen. For eksempel kan det at over halvparten av utvalget ikke

anbefaler deltakere å arrangere gruppetreninger for hverandre, medføre at flere deltakere opplever utilstrekkelig støtte. I lys av at det heller ikke er alle som har en treningspartner tilgjengelig, kan det understreke at gruppetrening har en viktig betydning for enkeltindivider. Ved å forebygge en følelse av å stå alene i arbeidet om å vedlikeholde fysisk aktivitet, vil en muligens kunne påvirke det høye frafallet som er sett blant dagens hjertesyke (Santiago de Araújo Pio et al., 2019).

### 4.3 Tilbakemelding og registrering

Tilbakemelding og registrering er den av de utvalgte kategoriene som flest trenere i NorEx sier seg enig i at blir benyttet for å fremme fysisk aktivitet blant deltakere. Dette er, i likhet med de andre kategoriene som studien har valgt å kartlegge, også blant de vanligste i andre intervensjoner (Duff et al., 2017). I over halvparten av inkluderte intervensjoner designet for å øke fysisk aktivitet i CVD-populasjoner, er kategorien vist å være vanskelig å kartlegge (Duff et al., 2017). Sammenlignet med våre resultater, hvor tilnærmet hele utvalget kjenner seg igjen i denne kategorien, er resultatene ulike. Dette åpner for diskusjon rundt i hvilken grad måten kategorien er blitt kartlagt kan ha påvirket den store forskjellen i svarprosenten. For eksempel kan denne studiens formulering av spørsmål som var konkret rettet mot NorEx-studien prege resultatet, der Duff et al. (2017) var rettet mot ulike intervensjoner. Videre bør det poengteres at den lignende studien sin systematiske beskrivelse tok for seg e-helseintervensjoner, noe NorEx delvis, men ikke utelukkende er. NorEx-administrasjonen anbefaler trenere også å ha månedlig kontakt med sine deltakere, noe intervensjonene i Duff et al. (2017) ikke poengterer at blir anbefalt. Videre stilles det i NorEx-studien krav til å sette inn tiltak ved behov for å opprettholde eller øke fysisk aktivitet i henhold til deres prosedyrer. Sammenlignet med de intervensjonene som Duff og kollegaer (2017) har vurdert, kunne intervensjonskomponentene leveres til ikke bare enkeltpersoner, men også grupper. Dette gjør at en kan vurdere om NorEx-studien i større grad legger til rette for individualisering og toveis-kommunikasjon, og at det derfor er høy rapportering av «tilbakemelding og registrering».

Den høye rapporteringen av AET kategorien «tilbakemelding og registrering», kan spille en viktig rolle for at deltakere opprettholder ønsket aktivitetsnivå. Det at NorEx-administrasjonen anbefaler trenere å ha månedlig dialog, kan for deltakere innebære en følelse av jevnlig kontakt og å bli sett. Våre resultater viste at hele 97,5% av NorEx-trenere imøtekommer administrasjonens anbefalinger, og hvor 15% av disse er i dialog omtrent hver

uke. Flere studier har sett at tilbakemeldinger er assosiert med positive effekter (Lara et al., 2014; Samdal et al., 2017). Desvaux et al. (2017) fant at deltakere foretrakk jevnlig kontakt med fysioterapeuter, som følge av testing og økt bevisstgjøring av helsemessige følger ved å være fysisk aktiv (Sweet et al., 2019). Dette gjør at våre funn kan indikere at NorEx-trenere ser verdien av å benytte «tilbakemelding og registrering» i veiledning av deltakere. Likevel bør videre forskning forsøke å se hvordan dette blir benyttet i praksis, og sammenhengen dette for eksempel kan ha med «målsetting og planlegging».

Våre funn viser at mer enn 90% av trenere i NorEx er enig i at de registrerer og gir tilbakemelding på fysisk aktivitetsnivå. Sett i sammenheng med at en stor andel trenere hjelper deltakere med å sette atferds- og resultatmål, kan det gi et inntrykk av at trenere følger opp deltakeres målsetting. Etersom vår formulering av teknikker under «tilbakemelding og registrering» baserer seg på deltakeres gjennomføring av fysisk aktivitet, er det nærliggende å se dette i sammenheng med oppfølging av deltakeres målsetting. Oppfølging ble tidligere diskutert under «målsetting og planlegging» i form av treneres svar knyttet til evaluering og videreutvikling av atferds- og resultatmål. Der ble det belyst at flere er enig i å evaluere og videreutvikle resultatmål sammenlignet med atferdsmål, noe som gjorde at vi videre poengterte potensialet som ligger i evaluering og dermed oppfølging. Likevel synes det som at tilnærmet hele utvalget jevnlig gir tilbakemeldinger. Vår definering av tilbakemelding i spørreundersøkelsen retter seg mot tilbakemeldinger basert på deltakeres gjennomføring av fysisk aktivitet. Dermed kan den høye rapporteringen av kategorien «tilbakemeldingen og registrering» vise til tett oppfølging av deltakeres fysiske aktivitetsnivå. Dette kan indikere at det er underrapportert hvor mange som i praksis evaluerer atferdsmål, som følge av at vår undersøkelse knytter evaluering av atferdsmål opp mot deltakeres aktivitetsmål. Samtidig så kan variasjonen i våre resultater være forbundet med at atferdsendringsteknikkene som er kartlagt, bare gir en beskrivelse for hva en gitt AET innebærer. Basert på våre funn kan vi derfor bare si om de utvalgte AET utnyttes eller ikke, og i så måte se om det er et mulig utnyttingspotensial.

#### 4.4 Kompetanse

Vår studie tyder på at «kompetanse» anvendes av mer enn 90% av trenere i NorEx. Dette kan tilsa at de aktivt arbeider for å øke forståelsen til deltakere. De bakenforliggende årsakene til den høye rapporteringen kan sammenlignes med funnene Beauchamp et al. (2022) gjorde i

deres studie. De beskriver at 60% av hjertesyke har lav helsekompetanse, noe som muligens forklarer behovet for å arbeide aktivt med å øke forståelsen og kunnskapen til hjertesyke. Videre kan det være andre årsaker bak svarene vår studie presenterer. Sett i lys av den økende forekomsten av livsstilssykdommer og manglende fysisk aktivitet i befolkningen (Hansen et al., 2015; Norsk Helseinformatikk, 2022), er det nærliggende å tro at det er et økende behov for helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2021). Den høye rapporteringen kan medføre at NorEx-deltakere får en økt kompetanse, og gir de en forståelse for betydningen av fysisk aktivitet. Dette forutsetter at trenere i NorEx lykkes med å formidle denne kunnskapen videre. Med andre ord forsøker de å gi hjelp til selvhjelp, slik at deltakere får mulighet til å være aktive i egen helse (Helsedirektoratet, 2021). Gjennom veiledning får de verktøyene til å ta kunnskapsbaserte valg (Helsedirektoratet, 2021). På denne måten vil ikke trenere bare lykkes med å øke kompetansen, men det kan tenkes at de også lykkes med å arbeide bærekraftig (Helsedirektoratet, 2021). Sett fra den andre siden kan trenere i formidlingen fremstå som bedrevitende, der deltakere kan i denne sammenhengen oppleve å bli sett ned på. Dette er en refleksjon fra vår side, men understreker betydningen av hvordan kompetanse blir formidlet gjennom kommunikasjon og samhandling. Derfor vil det være interessant å se utviklingen av rapporteringen av denne kategorien over tid, ettersom nedgang i bruk kan innebære at trenere i NorEx opplever at de lykkes med å gi deltakere bedre helsekompetanse.

Økt kompetanse blant deltakere kan tenkes at også påvirkes ved bruk av teknikker hentet fra kategorien «tilbakemelding og registrering». Gjennom bruk av denne typen AET, kan trenere legge til rette for at deltakere får erfare hvordan økt fysisk aktivitet virker på kroppen. Indirekte tilrettelegges det for økt kompetanse og større innsikt gjeldende hvorfor en bør være fysisk aktiv. Ved å imøtekomme dagens retningslinjer over tid vil individer oppleve betydelig framgang i deres fysiske kapasitet, samtidig som utrente vil oppleve større framgang i begynnelsen (Goodman & Fuller, 2020). Dette trekkes også frem i flere studier, hvor deltakere selv beskriver at jevnlig kontakt med fysioterapeuter ga økt bevisstgjøring av effektene forbundet med fysisk aktivitet (Desveaux et al., 2017). Her kan det være nærliggende å se denne effekten i forbindelse med sosial støtte og tilbakemelding gitt av fysioterapeuter. Denne typen refleksjon trekkes frem for å tydeliggjøre at AET ikke nødvendigvis har en konkret effekt hos individer (Michie et al., 2013), men kan påvirke variabler for resultatene (Carey et al., 2018).

#### 4.5 Videre forskning

Ved at studien gir et øyeblikksbilde av hva som foregår i praksis, vil det forhåpentligvis være lettere å begynne å se en sammenheng mellom hvordan trenere kan påvirke deltakere i NorEx-studien. På lik linje med en presentasjon av hva trenere i NorEx gjør, kan resultatet bidra til å gi en bredere forståelse for hva som blir gjort i intervensjoner som tar sikte på å påvirke eller endre personers atferd. Dette vil mulig også innebære å gi en framstilling av hva som skiller ulike intervensjoner. Selv om resultatene som studien har kartlagt er viktige, gir det bare en smal subjektiv vurdering av trenere sitt arbeid. Likevel åpner spørreskjemaet og dens resultat for muligheten til videre kartlegging for å se utviklingen over tid i NorEx. Dermed kan en etablere jevnlig kartlegging, som kan fremheve forskjeller eller likheter i hva trenere gjør i praksis.

Ved å benytte denne metoden, har ikke studien gitt svar på betydning, årsak eller en eventuell sammenheng mellom bruk og effekt av utvalgte AET. Samtidig vil denne metoden kunne gi opphav til hypoteser om mulige årsaker som kan studeres nærmere ved bruk av andre metoder. For å videre undersøke emnet, bør forskning derfor ta sikte på å se på årsaker bak svarene som blir gitt fra trenere. Dette vil kunne gi en forståelse av hva de legger i svarene og om dette er bevisste eller ubevisste handlinger. Sammen med observasjon av utførelsen i praksis, vil en kunne få et innblikk og dermed med større sikkerhet kunne gjenta og dokumentere hva som har blitt gjort. Konsekvensen av dette kan tenkes å være en økt sannsynlighet for å lykkes med å påvirke og endre deltakeres helseatferd. Dette vil være positivt i helsefremmende og forebyggende arbeid, og kan ha store fordeler på individ- og samfunnsnivå.

#### 4.6 Relevans for fysioterapi praksis

Fysioterapeuter skal hjelpe pasienter med å bedre egen helse (Norsk Fysioterapeutforbund, u.d.), og har en sentral rolle i treningsbasert hjerterehabilitering (Themistocleous et al., 2017). Samtidig er det en stadig økning i mennesker som overlever etter hjerteinfarkt og et høyt frafall i treningsbasert hjerterehabilitering (Dibben et al., 2021). Nesten halvparten av trenere i NorEx har utdanningsbakgrunn som fysioterapeut. For å legge til rette for helsefremmende og forebyggende arbeid, kan kunnskap og forståelse om bruk av atferdsendringsteknikker spille en viktig rolle. Videre kan det tenkes å være forskjeller i hvordan mennesker responderer på de ulike teknikkene, noe som forutsetter at fysioterapeuter bør imøtekomme mennesker der de

er i dag. Dette gjelder ikke bare de 47% av respondentene, men for fysioterapeuter på generell basis.

Gjennom å få en bredere innsikt i hvordan påvirke menneskers helseatferd, kan fysioterapeuter styrke egen forståelse for hvor viktig samhandlingsstrategi er. Når en ser på det høye frafallet i treningsbasert hjerterehabilitering (Dibben et al., 2021), kan det tyde på at fysioterapeuter og andre helsearbeidere bør i større grad bør rette søkelyset mot bærekraft. Denne studien har belyst at i møte med mennesker, som i dette tilfellet er deltakere i NorEx, vil bruk av AET muligens ha potensiale til å påvirke deres helseatferd. Relevansen dette har for fysioterapi praksis anser vi å dreie seg om nettopp bærekraftig arbeid. Dersom fysioterapeuter har en forståelse for hva atferdsendring innebærer, kan en tilrettelegge for hjelp til selvhjelp der pasienten selv har en forståelse for hvorfor endring er nødvendig. Med andre ord blir det som ordtaket: «Gi en mann en fisk og han er mett for en dag. Men lærer du mannen å fiske går han aldri sulten igjen».

#### 4.7 Metodekritikk

Problemstillingen etterspør en deskriptiv beskrivelse av hvorvidt utvalgte atferdsendringsteknikker blir benyttet. For å i så måte svare på problemstillingen, ble det benyttet en kvantitativ tversnittstudie. Det ble utarbeidet et spørreskjema som ble sendt til utvalget. Av 50 trenere mottok vi 40 svar, noe som gir en svarprosent på 80%. Ettersom 10 trenere av ukjente årsaker valgte å ikke delta i undersøkelsen gir frafallet på 20% en feilmargin på ca. 6,9% ut ifra et konfidensnivå på 95%. Dette styrker resultatenes gyldighet og gjør at resultatene i større grad kan generaliseres. Studentene hadde ikke tidligere erfaring med utarbeidelse av spørreskjema, men har egne erfaringer og kompetanse med å selv svare på spørreundersøkelser. Samlet sett kan dette ha påvirket informasjonen som ble etterspurt, der eksempelvis tiden det ville ta å lese og svare på alle spørsmålene ble tatt hensyn til. Videre ble det benyttet lukkede spørsmål hvor respondentene måtte ta stilling til hvorvidt de var enig eller uenig i utsagnene de ble presentert. Det var også inkludert vet ikke / usikker. Svaralternativene var dermed begrenset, der respondentene ikke hadde mulighet til å komme med egne refleksjoner og tanker. Dette kan ha påvirket resultatet, og gjort at trenere har gitt et svar i mangel av andre svaralternativ. Videre kan det trekkes frem som en svakhet i vår metode, ettersom gitt spørreskjema ikke har inkludert meninger og erfaringer hos utvalget. Derfor kan det nevnes at kvalitative intervju av trenere kunne vært som et supplement til

spørreundersøkelsen om tidsbegrensingen var lengre. Potensielt ville dette gitt en bredere forståelse for hva som ligger bak svarene i undersøkelsen.

Studien baserte seg på en spørreundersøkelse bestående av 23 spørsmål, derav 17 rettet mot utvalgte AET. Hovedsakelig var det tidsbegrensing og relevans for NorEx-studien, som medførte at kartleggingen tok utgangspunkt i 4 av totalt 16 kategorier fra BCTTv1 (Michie et al., 2013). Likevel kan dette anses som et godt valg, sett i lys av litteraturen og forskningen vi har tatt for oss. Valget om å begrense kartleggingen ble også støttet gjennom at hvert spørsmål fra del 2 til del 5 representerte forskjellige teknikker. Derfor ville inkludering av ytterligere teknikker medført en lengre spørreundersøkelse, med høyere risiko for lavere svarprosent. Samlet sett begrunner dette hvorfor vi landet på fire kategorier, til tross for at inklusjon av et større utvalg teknikker ville presentert et bredere spekter av hva som blir gjort.

I Duff et al. (2017) ble det nevnt at blant intervensjoner som tar sikte på å endre fysisk aktivitet blant hjertesyke, er et fåtall av de totalt 93 teknikkene beskrevet i taksonomien inkludert. Valg av hvilke teknikker som skulle kartlegges var derfor viktig, ettersom bruk av AET i denne typen intervensjon er å regne som begrenset. Dermed vil det å velge ut lite relevante teknikker potensielt danne et feilaktig bilde av realiteten. For å sikre at studiens resultat ville gi et tydelig bilde over hva trenere i NorEx gjør, ble kategoriene inkludert på bakgrunn av litteratur og relevans for NorEx-studien utfra deres protokoll. Det er viktig å presisere at vår forståelse, tolkning av litteraturen og protokollen var til slutt avgjørende for hvilke teknikker som ble kartlagt, ettersom vi skulle utarbeide undersøkelsen.

Søkeprosessen og valg av studier som ble gjennomgått, kan ha vært påvirket av vår forforståelse for emnet, tidligere erfaringer og kunnskap. Ved gjennomgang av litteraturen kan en gjøre seg opp tanker om hvilke effekter ulike teknikker har, og for eksempel stille spørsmål til hvorfor enkelte ikke er rapportert i ulike intervensjoner. Dette trekkes fram i moderne vitenskapsteori, som avviser tanken om en nøytral forsker uten innflytelse på studien (Malterud, 2011). I dette ligger det en forståelse for at studentenes ståsted, erfaringer og interesser vil påvirke utformingen av studien. Vi erkjenner derfor at våre tanker og holdninger potensielt har vært med å prege denne studien.



## 5.0 Konklusjon

For å svare på satt på problemstilling ble det kartlagt hvor mange av NorEx-trenere som benytter utvalgte atferdsendringsteknikker. Våre resultater fant at en stor andel av vårt utvalg synes som å være enig eller delvis enig i å benytte de utvalgte teknikkene. Det kom frem at mer enn 75% av NorEx-trenere er enig i at de benytter kategoriene «målsetting og planlegging», «tilbakemelding og registrering» og «kompetanse». Derimot var det bare litt over halvparten av utvalget som sa seg enig i at de benytter kategorien «sosial støtte». Basert på våre funn, kan det belyse et mulig forbedringspotensial i NorEx, når det gjelder å anvende noen av de utvalgte teknikkene. Bakgrunnen for å kartlegge disse teknikkene er påvirkningen de kan ha på atferdsendring hos mennesker som har gjennomgått hjerteinfarkt. Forskning har sett at atferdsendringsteknikker kan være avgjørende for at intervensjoner skal lykkes med å påvirke deltakeres helseatferd. Atferdsendring er komplekst, og fysioterapeuter bør ha en helhetsforståelse for pasienter de møter i praksis. Vårt resultat fant variasjon i hvilken grad trenere er enig i at kategoriene blir benyttet, noe som kan ha konsekvenser for en stor andel deltakere. Dermed kan dette indikere et mulig forbedringspotensial. For å søke mer kunnskap, bør ytterligere kartlegging av atferdsendringsteknikker og bakenforliggende årsaker for svar trenere gir prioriteres. Dette kan avdekke potensialet i å benytte ulike teknikker, og i så måte påvirke intervensjoners arbeid med atferdsendring.

## Referanseliste

- Aboyans, V. & Boukhris, M. (2021). Secondary prevention after an acute cardiovascular event: far from targets and large room for improvement. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29(2), 360-361. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab085>
- Ariansen, I. K. H., Kvåle, R., Olsen, K. & Selmer, R. M. (2021, 26. november). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Bachmann, J. M., Goggins, K. M., Nwosu, S. K., Schildcrout, J. S., Kripalani, S. & Wallston, K. A. (2016). Perceived health competence predicts health behavior and health-related quality of life in patients with cardiovascular disease. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 2071-2079. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.020>
- Bahr, R. (2020, 14. mai). *Fysisk aktivitet*. [https://sml.snl.no/fysisk\\_aktivitet](https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet)
- Beauchamp, A., Talevski, J., Nicholls, S. J., Wong Shee, A., Martin, C., Van Gaal, W., Oqueli, E., Ananthapavan, J., Sharma, L., O'Neil, A., Brennan-Olsen, S. L. & Jessup, R. L. (2022). Health literacy and long-term health outcomes following myocardial infarction: protocol for a multicentre, prospective cohort study (ENHEARTEN study). *BMJ Open*, 12(5), e060480. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060480>
- Bäck, M., Öberg, B. & Krevers, B. (2017). Important aspects in relation to patients' attendance at exercise-based cardiac rehabilitation – facilitators, barriers and physiotherapist's role: a qualitative study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0512-7>
- Carey, R. N., Connell, L. E., Johnston, M., Rothman, A. J., de Bruin, M., Kelly, M. P. & Michie, S. (2018). Behavior Change Techniques and Their Mechanisms of Action: A Synthesis of Links Described in Published Intervention Literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(8), 693-707. <https://doi.org/10.1093/abm/kay078>
- CERG. (u.d.). *NorEx: Hindrer trening nytt infarkt for hjertepasienter*. NTNU. <https://www.ntnu.no/cerg/norex>
- Dahlum, S. (2021, 9. mars). *Validitet*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/validitet>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskrivin* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Desveaux, L., Harrison, S., Lee, A., Mathur, S., Goldstein, R. & Brooks, D. (2017). “We are all there for the same purpose”: Support for an integrated community exercise program for older adults with HF and COPD. *Heart & lung*, 46(4). <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.04.008>
- Dibben, G., Faulkner, J., Oldridge, N., Rees, K., Thompson, D. R., Zwisler, A. D. & Taylor, R. S. (2021). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub4>
- Duff, O. M., Walsh, D. M., Furlong, B. A., O'Connor, N. E., Moran, K. A. & Woods, C. B. (2017). Behavior Change Techniques in Physical Activity eHealth Interventions for People With Cardiovascular Disease: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 19(8), e281. <https://doi.org/10.2196/jmir.7782>
- Epton, T., Currie, S. & Armitage, C. J. (2017). Unique effects of setting goals on behavior change: Systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 85(12), 1182-1198. <https://doi.org/10.1037/ccp0000260>
- Ghisi, G. L. M., Chaves, G. S. S., Ribeiro, A. L., Oh, P., Britto, R. R. & Grace, S. L. (2020). Comprehensive Cardiac Rehabilitation Effectiveness in a Middle-Income Setting: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 40(6), 399-406. <https://doi.org/10.1097/hcr.0000000000000512>

- Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: theory, research and practice* (5. utg.). Jossey-Bass A Wiley Brand.
- Goodman, C. C. & Fuller, K. S. (2020). *Goodman and Fuller's Pathology: Implications for the Physical Therapist* (5th. utg.). Elsevier - OHCE  
[https://bookshelf.health.elsevier.com/reader/books/9780323798549/epubcfi/6/6\[%3Bvnd.vst.idref%3DContents\]!/4/2/2\[CN\]](https://bookshelf.health.elsevier.com/reader/books/9780323798549/epubcfi/6/6[%3Bvnd.vst.idref%3DContents]!/4/2/2[CN])
- Graham, H., Prue-Owens, K., Kirby, J. & Ramesh, M. (2020). Systematic Review of Interventions Designed to Maintain or Increase Physical Activity Post-Cardiac Rehabilitation Phase II. *Rehabilitation Process and Outcome*, 9, 1179572720941833.  
<https://doi.org/10.1177/1179572720941833>
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., Dallongeville, J., De Backer, G., Ebrahim, S., Gjelsvik, B., Herrmann-Lingen, C., Hoes, A., Humphries, S., Knapton, M., Perk, J., Priori, S. G., Pyorala, K., Reiner, Z., Ruilope, L., Sans-Menendez, S., Scholte op Reimer, W., Weissberg, P., Wood, D., Yarnell, J., Zamorano, J. L., Walma, E., Fitzgerald, T., Cooney, M. T., Dudina, A., Vahanian, A., Camm, J., De Caterina, R., Dean, V., Dickstein, K., Funck-Brentano, C., Filippatos, G., Hellems, I., Kristensen, S. D., McGregor, K., Sechtem, U., Silber, S., Tendera, M., Widimsky, P., Zamorano, J. L., Hellems, I., Altiner, A., Bonora, E., Durrington, P. N., Fagard, R., Giampaoli, S., Hemingway, H., Hakansson, J., Kjeldsen, S. E., Larsen, M. L., Mancina, G., Manolis, A. J., Orth-Gomer, K., Pedersen, T., Rayner, M., Ryden, L., Sammut, M., Schneiderman, N., Stalenhoef, A. F., Tokgözoğlu, L., Wiklund, O., Zampelas, A. & Authors/Task Force Members, O. e. w. c. t. p. o. t. g., European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines :, Document reviewers: (2007). †European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal*, 28(19), 2375-2414.  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehm316>
- Greaves, C. J., Sheppard, K. E., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P. H. & Schwarz, P. (2011). Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*, 11, 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-119>
- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannesen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I. D., Dalene, K. E. & Kalle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedatid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014-2015* (IS-2367). Helsedirektoratet. Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedatid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/\\_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedatid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedatid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedatid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018). *Fysisk aktivitet ved sekundærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/kartlegging-av-levevaner-og-rad-om-livsstiltiltak-som-forebygging-av-hjerte-og-karsykdom#fysisk-aktivitet-ved-sekundaerforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer>
- Helsedirektoratet. (2021, 16. februar). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse#hvorforhelsekompetanseerviktig>

- Helsedirektoratet. (2022, 9. mai ). *Fysisk aktivitet i behandling og forebygging: Voksne og eldre - generelle råd*. Helsedirektoratet <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/voksne-og-eldre>
- Howlett, N., Trivedi, D., Troop, N. A. & Chater, A. M. (2019). Are physical activity interventions for healthy inactive adults effective in promoting behavior change and maintenance, and which behavior change techniques are effective? A systematic review and meta-analysis. *Transl Behav Med*, 9(1), 147-157. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby010>
- Jortveit, J., Halvorsen, S., Kaldal, A., Pripp, A. H., Govatsmark, R. E. S. & Langørgen, J. (2019). Unsatisfactory risk factor control and high rate of new cardiovascular events in patients with myocardial infarction and prior coronary artery disease. *BMC Cardiovasc Disord*, 19(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1062-y>
- Kemi, O. J. & Wisloff, U. (2010). High-intensity aerobic exercise training improves the heart in health and disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 30(1), 2-11. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e3181c56b89>
- Kennair, L. E. O. (2022, 15. september ). *Atferd*. <https://snl.no/atferd>
- Khan, M. A., Hashim, M. J., Mustafa, H., Baniyas, M. Y., Al Suwaidi, S., AlKatheeri, R., Alblooshi, F. M. K., Almatrooshi, M., Alzaabi, M. E. H., Al Darmaki, R. S. & Lootah, S. (2020). Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study. *Cureus*, 12(7), e9349. <https://doi.org/10.7759/cureus.9349>
- Knudsen, M., Laustsen, S., Petersen, A. & Angel, S. (2014). Lifestyle after Cardiac Rehabilitation: Did the Message Come across, and Was It Feasible? An Analysis of Patients' Narratives. *Health* 6, 2641-2650. <https://doi.org/10.4236/health.2014.619303>.
- Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., Prescott, E., Storey, R. F., Deaton, C., Cuiisset, T., Agewall, S., Dickstein, K., Edvardsen, T., Escaned, J., Gersh, B. J., Svitil, P., Gilard, M., Hasdai, D., Hatala, R., Mahfoud, F., Masip, J., Muneretto, C., Valgimigli, M., Achenbach, S. & Bax, J. J. (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*, 41(3), 407-477. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>
- Kvam, M. (2019, 5. august ). *Fysisk aktivitet gir stor gevinst* Norsk helseinformatikk <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-gir-stor-gevinst/>
- Kvåle, R. (2022). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2021*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2021/>
- Laddu, D., Ma, J., Kaar, J., Ozemek, C., Durant, R. W., Campbell, T., Welsh, J. & Turrise, S. (2021). Health Behavior Change Programs in Primary Care and Community Practices for Cardiovascular Disease Prevention and Risk Factor Management Among Midlife and Older Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 144(24), e533-e549. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001026>
- Lara, J., Evans, E. H., O'Brien, N., Moynihan, P. J., Meyer, T. D., Adamson, A. J., Errington, L., Sniehotta, F. F., White, M. & Mathers, J. C. (2014). Association of behaviour change techniques with effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Med*, 12, 177. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0177-3>
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an

- analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219-229.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61031-9)
- Malt, U. & Grønmo, S. (2020, 26. november). *Likert-skala*. Store Norske Leksikon.  
<https://snl.no/Likert-skala>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Martin, A. M. & Woods, C. B. (2012). What Sustains Long-Term Adherence to Structured Physical Activity After a Cardiac Event? *Journal of Aging and Physical Activity*, 20(2), 135-147. <https://doi.org/10.1123/japa.20.2.135>
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J. & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*, 46(1), 81-95.  
<https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Michie, S., West, R., Sheals, K. & Godinho, C. A. (2018). Evaluating the effectiveness of behavior change techniques in health-related behavior: a scoping review of methods used. *Transl Behav Med*, 8(2), 212-224. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx019>
- Michie, S., Wood, C. E., Johnston, M. & al., e. (2015). *Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data)*. NIHR Journals library  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327617/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. I *Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (u.d.). *Hva er fysioterapi?* . Norsk Fysioterapeutforbund.  
<https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi>
- Norsk Helseinformatikk. (2020, 28. oktober ). *Hjertesykdom - forebygging og komplikasjoner*  
 Norsk Helseinformatikk  
<https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjertesykdom-forebygg-komplikasjoner/>
- Norsk Helseinformatikk. (2021a, 6. september). *Akutt hjerteinfarkt - en oversikt*. Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-oversikt/>
- Norsk Helseinformatikk. (2021b, 6. september). *Risikofaktorer for hjerteinfarkt*. Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-risikofaktorer/>
- Norsk Helseinformatikk. (2022, 2. november ). *Livsstilssykdommer*. Norsk helseinformatikk.  
<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstilssykdommer/>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.d.-a). *Hvordan gjennomføre et prosjekt uten å behandle personopplysninger*. NSD. <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/hvordan-gjennomfore-et-prosjekt-uten-a-behandle-personopplysninger>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.d.-b). *Spørreskjema*. NSD.  
<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/sporreskjema/>
- Nylenna, M. (2019, 11. januar ). *Helseatferd*. <https://sml.snl.no/helseatferd>
- Nystad, W. (2022). *Fysisk aktivitet i Norge*. Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>



- Ojha, N. & Dhamoon, A. S. (2022). *Myocardial Infarction*. StatPearls <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537076/?report=classic>
- Olander, E. K., Fletcher, H., Williams, S., Atkinson, L., Turner, A. & French, D. P. (2013). What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 10, 29. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-29>
- Olsen, S. J., Schirmer, H., Bønaa, K. H. & Hanssen, T. A. (2018). Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(3), 273-279. <https://doi.org/10.1177/1474515117737766>
- Pardaens, S., Willems, A. M., Clays, E., Baert, A., Vanderheyden, M., Verstreken, S., Du Bois, I., Vervloet, D. & De Sutter, J. (2017). The impact of drop-out in cardiac rehabilitation on outcome among coronary artery disease patients. *Eur J Prev Cardiol*, 24(14), 1490-1497. <https://doi.org/10.1177/2047487317724574>
- Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*, 25 Suppl 3, 1-72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>
- Ramadi, A., Buijs, D. M., Threlfall, T. G., Aggarwal, S. G., Arena, R., Rodgers, W. M. & Haennel, R. G. (2016). Long-term Physical Activity Behavior After Completion of Traditional Versus Fast-track Cardiac Rehabilitation. *J Cardiovasc Nurs*, 31(6), E1-e7. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000341>
- Rauch, B., Davos, C. H., Doherty, P., Saure, D., Metzendorf, M.-I., Salzwedel, A., Völler, H., Jensen, K. & Schmid, J.-P. (2016). The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularisation and statin therapy: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies – The Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS). *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(18), 1914-1939. <https://doi.org/10.1177/2047487316671181>
- Roald, B. (2018, 6. juni). *Nekrose*. <https://sml.snl.no/nekrose>
- Samdal, G. B., Eide, G. E., Barth, T., Williams, G. & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>
- Santiago de Araújo Pio, C., Chaves, G. S. S., Davies, P., Taylor, R. S. & Grace, S. L. (2019). Interventions to promote patient utilisation of cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007131.pub4>
- Smith, S. C., Jr., Benjamin, E. J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B. A., Gibbons, R. J., Grundy, S. M., Hiratzka, L. F., Jones, D. W., Lloyd-Jones, D. M., Minissian, M., Mosca, L., Peterson, E. D., Sacco, R. L., Spertus, J., Stein, J. H. & Taubert, K. A. (2011). AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *J Am Coll Cardiol*, 58(23), 2432-2446. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.10.824>
- Sommer, C. G., Jørgensen, L. B., Blume, B., Møller, T., Skou, S. T., Harrison, A. & Tang, L. H. (2022). Dropout during a 12-week transitional exercise-based cardiac rehabilitation programme: a mixed-methods prospective cohort study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 21(6), 578-586. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab119>

- Swann, C., Jackman, P. C., Lawrence, A., Hawkins, R. M., Goddard, S. G., Williamson, O., Schweickle, M. J., Vella, S. A., Rosenbaum, S. & Ekkekakis, P. (2022). The (over)use of SMART goals for physical activity promotion: A narrative review and critique. *Health Psychology Review*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.2023608>
- Sweet, S. N., Perrier, M.-J., Saunders, C., Caron, J. G. & Dufour Neyron, H. (2019). What keeps them exercising? A qualitative exploration of exercise maintenance post-cardiac rehabilitation. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17(4), 381-396. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2017.1362458>
- Thelle, D. S. & Nylenna, M. (2022, 25. november). *Livsstillssykdommer*. Store Norske Leksikon <https://sml.sn.no/livsstillssykdommer>
- Themistocleous, I.-C., Stefanakis, M. & Douda, H. (2017). Coronary Heart Disease Part II: Role of Physiotherapy. *The Journal of Physical Activity, Nutrition and Rehabilitation*.
- Thraillkill, E. A. & Alcalá, J. A. (2022). Relapse after incentivized choice treatment in humans: A laboratory model for studying behavior change. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 30, 220-234. <https://doi.org/10.1037/pha0000443>
- Universitetet i Oslo. (u.d.). *Nettskjema*. Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Warehime, S., Dinkel, D., Alonso, W. & Pozehl, B. (2020). Long-term exercise adherence in patients with heart failure: A qualitative study. *Heart & lung*, 49(6). <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.08.016>
- Winter, S. J., Sheats, J. L. & King, A. C. (2016). The Use of Behavior Change Techniques and Theory in Technologies for Cardiovascular Disease Prevention and Treatment in Adults: A Comprehensive Review. *Prog Cardiovasc Dis*, 58(6), 605-612. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.02.005>
- World health organization. (2020, 25. november ). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World health organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

## Vedlegg

### Vedlegg 1

#### **Spørreskjema om oppfølging av deltakere i NorEx-studien**

**TID:** 5-10 minutter

**Kjære NorEx-trener,**

**Vi inviterer deg med dette til å svare på noen spørsmål om din oppfølging av NorEx-deltakere. Spørreskjemaet er anonymt. Det vil si at vi ikke vil kunne identifisere hvem du er basert på din besvarelse/ikke kan spore tilbake hvem som har svart.**

**Viktig: Ved å svare på dette spørreskjemaet samtykker du i at dine svar benyttes i vår bacheloroppgave, og at svarene kan publiseres i eventuelle fremtidige vitenskapelige artikler. Merk:** Da denne besvarelsen er anonym, vil det ikke være anledning til å trekke tilbake sin besvarelse etter innsending av spørreskjema.

#### **Hva vil din besvarelse brukes til?**

**Din besvarelse vil sammen med andre treneres besvarelser gi oss et innblikk i hvilken grad NorEx-trenere benytter utvalgte atferdsendringsteknikker i oppfølgingen av NorEx-deltakere. Dette vil kunne bidra til å utvikle tilbudet NorEx-studien gir til trenerne i de kommende årene. Besvarelsene i denne undersøkelsen vil også brukes i vår bacheloroppgave ved fysioterapiutdanningen ved NTNU. Svarene du gir, vil potensielt kunne publiseres i vitenskapelige artikler.**

Vi ber deg svare på alle spørsmålene. Videre ønsker vi at du svarer så godt du kan, slik at svarene skal gi et mest mulig tydelig bilde på hva som er realiteten.

#### **DEL 1: BAKGRUNN**

1. Hvor lenge har du vært NorEx-trener?

Her ønsker vi å vite omtrent hvor lenge det er siden du fikk din første liste med NorEx-deltakere fra studieadministrasjonen.

- 1- 6 måneder
- 7-12 måneder
- 13-18 måneder
- 19-24 måneder

2. Hvor mange NorEx-deltakere har du på listen din?

- Under 25
- Over 25

3. Hvor lang erfaring har du med treningsoppfølging?

Her ønsker vi at du svarer på hvor lenge du har jobbet med oppfølging av trening eller lignende.

- Under 1 år



- Under 3 år
- Under 5 år
- Under 10 år
- Over 10 år

4. Hva er din utdanningsbakgrunn? (flervalgsspørsmål)

- Treningsveileder
- Personlig trener
- Coach
- Fysioterapeut
- Sykepleier
- Annen helsefagarbeider
- Annen utdanning

5. Hvor ofte er du i dialog med dine deltakere?

Svar gjennomsnittlig for de deltakere som ønsker oppfølging fra deg.

- Omtrent hver uke
- Omtrent hver måned
- Omtrent hvert halvår
- Jeg har ikke særlig kontakt med mine deltakere

6. Hvor mange av dine deltakere har du inntrykk av at ikke ønsker særlig oppfølging?

Her ønsker vi svar på hvor mange deltakere (omtrent) som har sagt at de ikke ønsker noen oppfølging av trener.

- Under 10%
- Mellom 20-30%
- 30-40%
- 40-50%
- Mer enn 50%

**Videre ønsker vi at du skal svare på spørsmålene utfra de deltakere du følger opp. Se bort fra de deltakere som ikke ønsker oppfølging.**

## **DEL 2: MÅLSETTING OG PLANLEGGING**

### 7. MÅLSETTING ATFERD

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg hjelper de deltakere som ønsker oppfølging av meg, til å sette personlige og spesifikke mål for hva de skal gjøre for å imøtekomme treningsanbefalingene i NorEx».**

For eksempel: Gjennomføre to intervaller med høy intensitet per uke, slik at de oppnår 20 min med høy intensitet / gå tur i totalt 30 minutter med moderat intensitet tre ganger per uke.

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## 8. MÅLSETTING RESULTATMÅL

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**"Jeg hjelper deltakere som ønsker oppfølging av meg, til å sette personlige og spesifikke resultatmål for treningen sin".**

For eksempel: *Gå 20 meter lengre på neste 6 minutter gangtest.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## 9. PROBLEMLØSNING

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg hjelper alle deltakere som ønsker oppfølging til å identifisere barrierer som hindrer dem i å trene etter NorEx-anbefalingene, og forsøker å hjelpe deltakere med å finne egne strategier for å overkomme disse barrierene».**

For eksempel: *Hjelper deltakeren med å se at tiden er en barriere, og veileder hvordan en kan oppleve å få mer tid i hverdagen til å trene.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## 10. HANDLINGSPLANLEGGING

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg hjelper alle deltakere som ønsker oppfølging fra meg til å legge en detaljert og individuell handlingsplan, for å nå treningsanbefalingene i NorEx-studien».**

For eksempel: *Veileder deltakere til å legge en individuell plan for **gjennomføring** av sin fysiske aktivitet, der de spesifiserer plan med tidspunkt for gjennomføring, varighet og intensitet.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## 11. EVALUERE ATFERDSMÅL

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Sammen med deltakere evaluerer jeg oppnåelsen av aktivitetsmålene de har satt seg, opp mot gjennomføringen deres».**

For eksempel: *Hver måned evaluerer jeg og deltakeren hvordan den siste måneden har gått opp mot hva som var målsettingen.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## 12. VIDEREUTVIKLE ELLER SETTE NYE ATFERDSMÅL

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Dersom det er behov etter evalueringen av atferdsmålet, veileder jeg deltakere i å videreutvikle eller sette nye atferdsmål».**

For eksempel: *Basert på oppnåelsen av atferdsmålene sist måned, videreutvikler eller setter vi nye atferdsmål for neste måned.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## 13. EVALUERE RESULTATMÅL

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg måler/tester resultatmål sammen med deltakere».**

For eksempel: *Gjennomføre 6 minutters gangtest og vurdere fremgangen i forhold til målsettingen deltakeren hadde.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

#### 14. VIDEREUTVIKLE ELLER SETTE NYE RESULTATMÅL

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Dersom det er behov etter testing av resultatmålet, veileder jeg deltakere i å videreutvikle eller sette nye resultatmål».**

For eksempel: *Jeg råder deltakeren til å øke distansen h\*n ønsker å oppnå på neste 6 minutters gangtest.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

#### 15. FORSKJELL PÅ MÅLSETTING OG NÅVÆRENDE FYSISKE AKTIVITETSNIVÅ

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg henvender meg til deltakere som ønsker oppfølging, og gjør dem oppmerksomme på at de eventuelt ikke trener i henhold til de målene de har satt seg».**

For eksempel: *Ringer deltakeren og sier du er nysgjerrig på hvordan det går da du ser at en ikke oppnår jevnlig 100-PAI over en lengre periode.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

### DEL 3: TILBAKEMELDING OG REGISTRERING

#### 16. TILBAKEMELDING PÅ GJENNOMFØRING AV FYSISK AKTIVITET

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg gir tilbakemelding til deltakere som ønsker oppfølging av meg, basert på deres gjennomføring av fysisk aktivitet så langt».**

For eksempel: *Du sender en tilbakemelding til deltakeren gjennom telefon/SMS/e-post/fysiske møte, og sier du ser at en gjør et godt stykke treningsarbeid, og at det er veldig fint å se at h\*n nå greier å ligge noen minutter ekstra på høy intensitet.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig

- Uenig

## 17. REGISTRERING AV FYSISK AKTIVITETSNIVÅ

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg ber alle deltakere om å registrere treningen sin som en del av strategien, for å opprettholde eller øke fysisk aktivitetsnivå».**

For eksempel: Du ber deltakeren ha oversikt over antall minutter gått i moderat tempo / Du ber deltakeren følge med på egen PAI-score.

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## DEL 4: SOSIAL STØTTE

### 18. SOSIAL STØTTE (USPESIFISERT) 1:

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg anbefaler mine deltakere å delta på gruppetreninger, ved å hjelpe dem med å finne grupper som passer for dem».**

For eksempel: Arbeider med å anbefale og hjelpe mine deltakere som liker å løpe eller gå, med å finne slike grupper.

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

### 19. SOSIAL STØTTE (USPESIFISERT) 2:

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg arrangerer felles gruppetreninger for mine deltakere, for å gjøre det lettere å være fysisk aktiv».**

For eksempel: Jeg holder 2 fellestreninger for mine deltakere, for å hjelpe dem med å få 60 minutter med moderat intensitet.

- Enig
- Delvis enig

- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## 20. SOSIAL STØTTE (USPESIFISERT) 3:

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg arbeider aktivt for at deltakere selv skal arrangere gruppetreninger for hverandre».**

For eksempel: *Hører med og tipser mine deltakere om at de kan holde gruppetreninger for hverandre.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## 21. SOSIAL STØTTE (PRAKTISK OG EMOSJONELL):

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg arbeider aktivt for at deltakere som har NorEx-buddy eller andre treningsvenner, skal involvere disse i sitt arbeid med å opprettholde eller øke fysisk aktivitetsnivå».**

For eksempel: *Gir deltakere råd om å ta med seg treningsvenner på treningsøkter denne uken.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

## DEL 5: KOMPETANSE

### 22. ØVING AV FERDIGHETER:

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg arbeider aktivt med deltakere for at de skal øve på de ferdighetene som kreves for å trene slik NorEx anbefaler».**

For eksempel: *Forklarer 4x4 prinsippet og øver sammen med en deltaker slik at h\*n kan gjennomføre økta riktig.*

- Enig
- Delvis enig

- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

### 23. HELSEKOMPETANSE:

Hvor enig er du i følgende utsagn:

**«Jeg arbeider aktivt for å gi mine deltakere relevant kompetanse, slik at de kan ta kunnskapsbaserte beslutninger knyttet til egen helseatferd».**

For eksempel: *Gir informasjon rundt konsekvensene av inaktivitet / Gir informasjon om fordelene ved fysisk aktivitet.*

- Enig
- Delvis enig
- Vet ikke/usikker
- Delvis uenig
- Uenig

**Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen vår 😊**

