



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

FYS390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	15-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 FYS390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	211
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7984
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	29
Andre medlemmer i gruppen:	234

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Fysioterapeuten si rolle ovanfor søvnevanskar

The physiotherapist's role in relation to sleeping difficulties

Kandidatnummer 211 og 234

Bachelorprogram i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Antal ord: 7984

Innleveringsdato: 15.05.23

Forord

Arbeidet med bacheloroppgåva har vore oppsiktsvekkande og meiningsfylt. På veggen har vi tileigna oss utruleg mykje lærdom, som vi ser som svært relevant for det vidare arbeidet vårt som fysioterapeutar. Eit djupdykk i eit relativt ukjent fagfelt sett frå ein fysioterapeutisk ståstad har vore usedvanleg interessant og fornyande. Vi håpar oppgåva kan bidra til å auke kunnskapsgrunnlaget kring søvn og søvnevanskar, og føre til vidare diskusjon kring fysioterapeuten si rolle ovanfor søvnevanskar.

Vi ynskjer å rette ein stor takk til informantane som tok seg tid til å delta i prosjektet, og gav oss nyskapande innblikk i deira tankar og erfaringar. Vi ynskjer også takke vår rettleiar for gode innspel og tilbakemeldingar undervegs i skriveprosessen. Til slutt vil vi takke kvarandre for eit framifrå samarbeid, med mykje latter, gode diskusjonar, og at vi har stått stødig saman i tjukt og tynt, frå prosjektskildring til innlevering.

Etter ei periode med redusert søvnkvalitet i skriveprosessens tankemylder, gler me oss no til å dra nytte av alle dei gunstige effektane ei god natt søvn gjev.

«Den som kommer på kant med søvnen, trekker alltid det korteste strået»

– Theodor Gottlieb von Hippel

Bergen, 15. mai 2023

Samandrag

Tittel: «Fysioterapeuten si rolle ovanfor søvnevanskar»

Problemstilling: «Kva tankar og erfaringar har fysioterapeutar om rolla vår ovanfor pasientar med søvnevanskar?»

Metode: For å svare på problemstillinga har vi nytta ei kvalitativ metode. Datamaterialet vart samla gjennom semistrukturerte intervju. Vi intervjuar tre informantar med stillingar i ulike delar av helsetenesta, og med kunnskap og erfaring knytt til søvn og søvnevanskar. Intervjuar vart transkribert ord for ord, og Malterud (2017) sin metode for systematisk tekstkondensering (STC) vart nytta for å analysere data.

Resultat: Informantane hadde ei samsvarande oppfatning av pasientgruppa som samansett, og av at søvnevanskane gav negativ påverknad på helse og livskvalitet. Dei vektla alle ei biopsykososial tilnærming, og fremja kartlegging av pasientane som sentralt. Trass i at den fysioterapeutiske tilnærminga var lik, nytta informantane ulike metodar for å behandle pasientane sine søvnevanskar. Dei ynskja eit auka fokus på søvnevanskar blant fysioterapeutar, og formidla at vi har ei viktig rolle ovanfor pasientgruppa. Ved spørsmål om korleis ein skal utvikle rolla kjem dei med forskjellige forslag til korleis ein kan gå fram.

Konklusjon: Informantane tenkjer fysioterapeutar har ei viktig rolle ovanfor søvnevanskar, men trekk fram at få fysioterapeutar fokuserer på søvn. Søvnplagene opptre ofte i eit samspel med andre plagar, og ei biopsykososial tilnærming og grundig kartlegging vert difor fremja som sentralt. Informantane nyttar seg av teknikkar som søvnrestriksjon, stimuluskontroll og søvnhygieneråd, og litteraturen støtter opp om bruken av desse. Fysioterapeutar kan anvende teknikkane ved opplæring. Manglar ein kompetanse til å behandle søvnevanskar, bør ein likevel ha kunnskap til å kunne tilvise pasienten vidare. Informantane sine erfaringane illustrerer at ein kan forvalte rolla på ulikt vis. Dei har ulike tankar kring utvikling av rolla, der å få søvn inn i utdanninga, ta kurs og auke tverrfaglegheita vert føreslått.

Abstract

Title: "Physiotherapists' role in relation to sleeping difficulties"

Research question: "What thoughts and experiences do physiotherapists have regarding our role in relation to patients with sleep difficulties?"

Method: We have used a qualitative method to answer the research question. The data was collected through semi-structured interviews. We interviewed three informants with job positions in different parts of the health service, with knowledge and experience related to sleep and sleep difficulties. The interviews were transcribed word by word, and Malterud's (2017) method for systematic text condensation (STC) was used to analyze the data.

Results: The informants consistently perceived the patient group as complex, and that the sleeping difficulties had a negative impact on health and quality of life. They all emphasized a biopsychosocial approach and promoted mapping of the patient's surrounding factors as necessary. Despite their similar physiotherapeutic approach, the informants treated the patients' sleep difficulties differently. They express a wish for an increased focus on sleeping difficulties among physiotherapists and convey that we have an important role concerning the patient group. When asked how to develop this role, they came up with different suggestions for how to proceed.

Conclusion: The informants think physiotherapists have an important role in relation to sleeping difficulties. They point out that few physiotherapists focus on sleep. Sleeping difficulties often occur in interaction with other difficulties, and therefore a biopsychosocial approach and thorough mapping are promoted as central. The informants use techniques such as sleep restriction therapy, stimulus control therapy and sleep hygiene, supported by literature. Physiotherapists can use the techniques if educated. If one lacks the competence to treat sleep difficulties, one should still have enough knowledge to refer the patient. The informants' experiences illustrate that one can manage the role in various ways. They have different ideas about development of the role, where getting sleep into the education, taking courses, and increasing interdisciplinarity is suggested.

Innholdsliste

1.0	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Formål og problemstilling	1
2.0	Teori	3
2.1	Søvn og søvnevanskar	3
2.2	Retningslinjer og anbefalinger	4
2.3	Omgrepet rolle	5
2.4	Biopsykososial tilnærming	5
2.5	Rammefaktorar	6
3.0	Metode	7
3.1	Val av metode	7
3.2	Val av informantar	7
3.3	Førebuing og gjennomføring av intervju	7
3.4	Tilarbeiding av data	8
3.5	Analyse av data	8
3.6	Vitskapsteori og forforståing	9
3.7	Etiske aspekt	9
3.8	Diskusjon av metode	10
3.8.1	Val av metode og informantar	10
3.8.2	Førebuing og gjennomføring av intervju	10
3.8.3	Tilarbeiding av data	11
3.8.4	Analyse av data	11
3.8.5	Validitet og reliabilitet	12
4.0	Resultat	13
4.1	Presentasjon av informantane	13

4.2 Forståing av pasientgruppa og noverande rolle	13
4.2.1 Det kliniske biletet.....	13
4.2.2 Den noverande rolla	14
4.3 Fysioterapeutisk tilnærming og tiltak	15
4.3.1 Tilnærming og kartlegging.....	15
4.3.2 Søvnhygienearåd og CBTi	16
4.4 Ynskja utvikling	17
5.0 Drøfting.....	19
5.1 Eit samansett pasientbilete	19
5.2 Ei biopsykososial tilnærming – å sjå det store biletet	20
5.3 Behandlingstilnærmingar ved søvnevanskar	21
5.4 Eit ynskje om utvikling.....	23
5.4.1 Utdanning og kurs innan søvn.....	23
5.4.2 Samarbeid og tverrfaglegheit.....	24
5.4.3 Takst	25
6.0 Konklusjon	26
7.0 Litteraturliste	27
Liste over tabellar og vedlegg	32
Tabell 1. – Presentasjon av informantane, s.13.	32
Vedlegg 1 – Intervjuguide.....	33
Vedlegg 2 – Samtykkeskjema	35
Vedlegg 3 – Orientering om bacheloroppgåva	38
Vedlegg 4 – Transkripsjon intervju 1	39
Vedlegg 5 – Transkripsjon intervju 2	58
Vedlegg 6 – Transkripsjon intervju 3	74

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for val av tema

I Noreg slit rundt éin av tre vaksne kvar veke med søvnen (Folkehelseinstituttet, 2021), og søvnevanskar har vorte omtala som landets truleg mest utbreia og undervurderte folkehelseproblem (Helsedirektoratet, 2017). Ei norsk studie syner at halvparten av pasientar i primærhelsetenesta har søvnevanskar (Bjorvatn et al., 2017), men berre eit fåtal pasientar vert fanga opp av helsepersonell (Sivertsen, 2014). Det er anslått at rundt 85 prosent av dei med søvnevanskar ikkje får behandling (Helsedirektoratet, 2017), og for å nå fleire pasientar bør det arbeidast for å auke kunnskapsnivået hjå helsepersonell (Bjorvatn et al., 2020).

Sidan søvnevanskar er svært vanleg, og konsekvensane kan vere alvorlege, er det behov for å utvikle kunnskap om førebygging og behandling av søvnevanskar (Sivertsen, 2014). Den søvnfagkyndige fysioterapeuten Catherine Siengsukon ytra på verdas fysioterapikongress i 2019 at fysioterapeutar bør spørje om søvn (Høstmark, 2019). Ho anbefaler fysioterapeutar å fremje søvnhelse, ha kunnskap om søvn og ferdigheiter til å kartleggje søvnevanskar (Siengsukon et al., 2017, s. 826). Oppfordringa grunnjevast med ein høg førekomst av søvnevanskar i befolkninga, samt i pasientgrupper fysioterapeutar ofte er i kontakt med.

Interessa for temaet søvn vart vekka då vi gjennom boka «Why we sleep?» skrive av Mathew Walker (2017), vart bevisst på søvnens påverknadskraft på menneskelivet. Boka fekk oss til å stille spørsmål til kvifor vi ikkje har lært om søvn i utdanninga, og det tok ikkje lang tid før temaet på bacheloroppgåva vart avgjort.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med oppgåva er å utforske kva tankar og erfaringar fysioterapeutar har kring rolla vår ovanfor pasientar med søvnevanskar. Vi ynskjer å få eit innblikk i korleis fysioterapeutar utøver denne rolla, og kva tankar dei har om utvikling av rolla. Vi kom fram til problemstillinga:

«Kva tankar og erfaringar har fysioterapeutar om rolla vår ovanfor pasientar med søvnevanskar?»

Vi har avgrensa oppgåva til å omhandle pasientar i primærhelsetenesta med lettare søvnevanskar og insomni. I oppgåva vil vi nytte omgrepet søvnevanskar samlande for både diagnostiserte og ikkje-diagnostiserte søvnevanskar. Kva som leggast i rolleomgrepet skildrast nærare i kapittel 2.3. Då alle informantane nytta nemninga pasientar under intervjuet, vil vi for ordens skuld omtale alle personar med søvnevanskar som pasientar.

2.0 Teori

2.1 Søvn og søvnvanskar

Mengda søvn ein treng er svært individuell, og saman med kvaliteten på søvnen avgjer søvnlengda kor god søvnen er (Bjorvatn, 2021, s. 21). Hovudregelen er at dersom ein er utkvilt på dagen, har ein fått god nok søvn. Fleire vil på eit tidspunkt oppleve vanskar tilknytt søvnen, men for nokre vert vanskane meir langvarige og omfattande, og vert då kalla ei søvnliding (Wilhelmsen-Langeland, 2020, s. 52). Søvnvanskar er samleomgrep for vanskar, sjukdomar eller forstyrringar knytt til søvnen (Sivertsen, 2014). Fellesnemnaren er at alle gjev dårleg eller uroleg søvn med nedsett dagfunksjon som resultat (Helse Bergen, 2018a). Det finnast ulike typar søvnvanskar, og vanskane kan delast i seks hovudgrupper: insomni, døgnrytmeliding, søvnrelatert respirasjonsliding, hypersomni, parasomni og søvnrelatert rørsleliding (Helse Bergen, 2018a; Sivertsen, 2014).

Den vanlegaste forma for søvnvanskar er insomni (Sivertsen, 2014). Insomni definerast som sjølvrapporterte problem med å sove, og kjenneteiknast av ei subjektiv oppleving av dårleg eller lite søvn, enten på grunn av innsovningsvanskar, uroleg nattesøvn eller tidleg morgonoppvakning (Bjorvatn, 2018). For å oppfylle diagnosekravet må ein ha søvnplagar minst tre dagar per veke i over éin månad (Helse Bergen, 2018b; Helsedirektoratet, 2017). Plagar i minst tre månadar definerast som kronisk insomni (Norsk Legemiddelhandbok, 2020). Helsedirektoratet omtalar søvnvanskar som ei av dei vanlegaste helseplagene i befolkninga, og skriv at rundt ein tredjedel vaksne slit med søvnen kvar veke (2017). Det er estimert at rundt 15-20 prosent av den vaksne befolkninga i Noreg har insomni, og ein har siste åra sett ein aukande førekomst (Sivertsen, 2014).

Søvn er viktig for god helse (Bjorvatn, 2016a), og skal hjernen og kroppen fungere ordentleg treng ein søvn (Gerlach, 2006, s. 73). Ved søvnvanskar rapporterast det mellom anna om redusert livskvalitet, dårlegare meistringsstrategiar, og negativ påverknad på humør, konsentrasjonsevne og yteevne (Helsedirektoratet, 2017; Siengsukon et al., 2017, s. 827). Utilstrekkeleg søvn aukar risikoen for ulukker og utvikling av andre helseplager, som hypertensjon, diabetes, fedme, depresjon, hjarteinfarkt og slag (Altevogt & Colten, 2006; Sivertsen, 2014).

Det er godt dokumentert at søvnevanskar, psykiske plagar og fysiske plagar ofte opptre i eit komplekst samspel (Herrero Babiloni et al., 2020, s. 647; Major et al., 2011, s. 32). Heile 80 prosent av pasientar med søvnevanskar opplev samstundes somatiske eller psykiske plagar (Major et al., 2011, s. 32). Fysiske sjukdomar eller plagar kan igjen påverke søvnen, og gje søvnevanskar (Bjorvatn, 2012, s. 190). I tillegg er søvnevanskar ofte eit debutsymptom ved psykiske lidingar (Helsedirektoratet, 2017). Søvn er ein viktig smertemodulator, og søvnevanskar gjev ein signifikant auka risiko for redusert smertetoleranse (Siengsukon et al., 2017; Sivertsen et al., 2015).

2.2 Retningslinjer og anbefalingar

Kva behandling som anbefalast ved søvnevanskar avhenger av diagnose (Helse Bergen, 2018a). I Noreg er det «Nasjonale anbefaling for utredning og behandling av insomni» som gjeld ved insomni. Anbefalinga vektlegg funn og resultat frå norske studiar, og byggjer på «European insomnia guideline» (Bjorvatn et al., 2020). Den europeiske retningslinja har som mål å gje kliniske anbefalingar for diagnostisering og behandling av vaksne pasientar med kronisk insomni (Riemann et al., 2017, s. 675).

Ved langvarige søvnevanskar anbefalast ikkje-medikamentell søvnbehandling, då det syner å gje betre effekt på kort og lang sikt (Helsedirektoratet, 2017; Norsk legemiddelhandbok, 2023). For vaksne med insomni, vert kognitiv åtferdsterapi for insomni (CBTi) anbefalt som fyrstelinjebehandling (Bjorvatn et al., 2020; Riemann et al., 2017, s. 691). Dersom CBTi ikkje er tilstrekkeleg effektivt eller tilgjengeleg, kan farmakologiske intervensjonar tilbyast. Ved utreiing av insomni anbefaler den europeiske retningslinja å ta ei søvn-anamnese, og spørjeskjema og søvndagbok kan med fordel nyttast (Riemann et al., 2017, s. 678). Norsk anbefaling vektlegg i tillegg ei grundig medisinsk og psykiatrisk anamnese.

Helsedirektoratet (2017) skriv at mange vil ha varig nytte av teknikkar innan CBTi og opplæring i gode søvnvanar. CBTi består av fem behandlingskomponentar: søvnhygiene, kognitive teknikkar, avspenningsteknikkar, stimuluskontroll og søvnrestriksjon. Dei to sistnemnde reknast som mest effektive. Ved søvnrestriksjon reduserer ein opphaldstid i senga, ved å fastsetje ei avgrensa tidsperiode for opphald, og justere tidsperioden etter søvnlengda (Bjorvatn, 2018). Stimuluskontroll skal styrke pasienten sin assosiasjon mellom

seng og søvn. Pasienten får ikkje nytte senga til å ha sex og søvn, og får instruksjon om å stå opp dersom dei ikkje sovner innan 15-30 minutt (Bjorvatn, 2018). Teknikkane er enkle og kan nyttast av helsepersonell med opplæring (Sivertsen, 2014). Trass einigheit i at ikkje-medikamentelle intervensjonar bør vere fyrsteval for behandling av insomni, står ein ovanfor utfordringar med å gjere behandlinga tilgjengeleg (Bjorvatn et al., 2020).

Søvnhygiene omfattar råd om åtferd som kan fremje eller hemme søvn (Bjorvatn et al., 2020; Riemann et al., 2017, s. 682). Søvnhygieneråd kan nyttast i behandling av søvnevanskar, og helsepersonell med opplæring kan rettleie i søvnhygiene (Bjorvatn, 2016b). Bruk av søvnhygieneråd syner å henge saman med god søvnkvalitet, og god søvnhygiene kan verke førebyggjande mot utvikling av søvnevanskar (Helsedirektoratet, 2017).

2.3 Omgrepet rolle

Ein har med bakgrunn i utdanning og autorisasjon ein formell og fastlagt status, eksempelvis som fysioterapeut. Samstundes har ein ei rolle knytt til faktisk praksis, og korleis ein forvaltar statusen sin (Thornquist, 2009, s. 30). Rolleomgrepet omfattar i denne betydninga alt ein person gjer som fagutøvar. Statusen set rammer for kva handlingsmoglegheiter ein har, men innan rammene finnast det variasjonar i korleis ein forvaltar rolla si. Roller er ikkje fastsette eller statiske, men formast og utviklast i møte med menneske (Thornquist, 2009, s. 31). Rolleomgrepet er tett knytt til relasjonsomgrepet, då ein må ha ein relasjon til fenomenet, skal ein ha ei rolle ovanfor det (Thornquist, 2009, s. 24).

2.4 Biopsykososial tilnærming

Den biopsykososiale modellen er ein teoretisk modell for forståing av helse og sjukdom hjå enkeltindividet (Engel, 1977, s. 133). Modellen utfordrar helsepersonell til å utvide forståinga si av sjukdom, frå å betrakte pasienten frå eit biomedisinsk perspektiv, til å inkludere psykologiske og sosiale aspekt. Modellen skal sikre ei meir heilskapleg tilnærming til pasienten (Engel, 1977, s. 131). Med ei biopsykososial tilnærming prøver ein å forstå korleis sjukdom påverkast av fleire organisasjonsnivå, frå det sosiale til det molekylære (Borrell-Carrió et al., 2004).

2.5 Rammefaktorar

Ved autorisasjon som helsepersonell føreligg det rettigheter og plikter på ei rekkje område, som til dømes omhandlar ansvar og arbeidsfordeling (Thornquist, 2009, s. 31).

Helsepersonellova (2000, § 1) gjeld for helsepersonell og skal bidra til å sikre kvalitet i tenesta, tillit til helsepersonell og sikkerheit for pasienten. I tillegg set lova krav til fagleg forsvarleg yrkesutøving og at ein skal yte omsorgsfull helsehjelp (2000, § 4). Der føreligg også forskrifter som gjeld spesielt for fysioterapeuten sitt virke. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi (2021) omfattar kva føresetnadar som må liggje til grunn for at det skal ytast stønad til behandling, samt takstar som gjeld ved ulike behandlingar.

Fysioterapeututdanninga har også ei eiga forskrift som skal sikre eit likeverdig nasjonalt fagleg nivå, samt felles sluttkompetanse ved uteksaminering (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019, § 1). I 2018 fell kravet om tilvising til fysioterapi vekk, fysioterapeuten fekk dermed eit større sjølvstendig ansvar for å vurdere behandlingsbehov, og sjå til at vilkåra for stønad og dokumentering oppfyllest (Helfo, 2019).

3.0 Metode

3.1 Val av metode

Kvalitative metodar kan gje innsyn i menneskelege erfaringar, opplevingar, tankar og haldningar (Malterud, 2017, s. 31). Metodane nyttast for å undersøkje karaktertrekk, eigenskapar eller kvalitetar ved ulike dynamiske prosessar og fenomen (Jamtvedt et al., 2015, s. 151; Malterud, 2017, s. 30). Kva metodisk tilnærming ein vel å nytte seg av må samsvare med det ein ynskjer å undersøkje (Malterud, 2017, s. 37). Formålet med oppgåva er å undersøkje fysioterapeutar sine tankar og erfaringar, og med bakgrunn i problemstillinga vurderte vi difor ei kvalitativ metode som godt eigna. Vi valde å innhente data gjennom semistrukturerte djupneintervju, då ein gjennom samtale får direkte kjennskap til menneske sine opplevingar og erfaringar (Malterud, 2017, s. 133).

3.2 Val av informantar

For å best mogleg belyse problemstillinga rekrutterte vi informantar gjennom eit strategisk utval, med mål om å sikre materiale med god informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 58). For å oppnå stor variasjonsbreidd i materialet, ynskte vi å intervjuje fysioterapeutar med varierende arbeidserfaring. Eit rikt og variert materiale gjer det mogleg å skildre fleire nyansar kring same fenomen (Malterud, 2017, s. 59). Med bakgrunn i tid og resursar sikta vi på å intervjuje rundt tre fysioterapeutar. Vi rekrutterte to informantar ved hjelp av rettleiar, og kontakta ein tredje direkte. Etter tredje intervju vurderte vi informasjonsstyrka som god, og såg ikkje behov for ein fjerde informant.

3.3 Førebuing og gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuar utarbeida vi ein intervjuguide (Vedlegg 1), som skulle verke som ei rettleiande hugseliste (Malterud, 2017, s. 134). Intervjuguiden vart i forkant av fyrste intervju revidert saman med rettleiar. Vi utarbeida også eit samtykkeskjema med informasjon om oppgåva, personvern og informantane sine rettigheter (Vedlegg 2). Saman med fysioterapiutdanningas orientering om bacheloroppgåva (Vedlegg 3) vart vedlegga sendt på mail til informantane på førehand. Samtykkeskjemaa vart signerte før intervjuar, og oppbevart av rettleiar under perioden.

Intervjuar stilte hovudspørsmål under intervju, medan observatør såg til at intervjuguiden vart fylgt, og stilte eventuelle oppfølgingsspørsmål. Rollene fastheldt vi for å gje informantane likare føresetnadar i intervjusituasjonen. Vi streva etter å stille opne men relevante spørsmål, for å invitere nye synspunkt enn dei vi hadde på førehand. For å vurdere om fokuset var tilpassa og rett konsentrert, vart intervjuguiden revidert mellom kvart intervju (Malterud, 2017, s. 134). To intervju vart gjennomført over videotenesta Zoom, og teke videoopptak av på PC. Det tredje vart gjennomført fysisk, og teke lydopptak av med mobil i flymodus. Opptaka vart snarleg overført til passordbeskytta PC, og sletta frå mobilen.

3.4 Tilarbeiding av data

Etter kvart intervju transkriberte vi video- og lydopptaka for å tilgjengeleggjere datamaterialet for analyse (Vedlegg 4-6). Snarleg transkripsjon etter intervju bidreg til å ivareta informanten sine erfaringar og meiningar, slik formidla og oppfatta under datainnsamlinga (Malterud, 2017, s. 77). Vi gjorde ein grundig ord-for-ord transkripsjon, og redigerte seinare teksten forsiktig ved gjentakningar eller ord som «hm» og «ehm». Prosessen vart gjennomført saman for å sikre einigheit kring meiningsinnhaldet, samt god kjennskap til datamaterialet. Ved fullført transkripsjon vart opptaka sletta.

3.5 Analyse av data

For å analysere dei kvalitative dataa nytta vi Malterud (2017, s. 97) si firetrinns tematisk tverrgående analysemetode, systematisk tekstkondensering (SCT). I trinn éin vert ein kjent med materialet frå eit fugleperspektiv (Malterud, 2017, s. 99). Vi las gjennom datamaterialet individuelt, noterte gjennomgåande tema, og presenterte temaa for kvarandre i etterkant. I trinn to diskuterte vi oss fram til tre tema saman med rettleiar. Deretter gjekk vi systematisk gjennom materialet linjevis og identifiserte meiningsberande einingar (Malterud, 2017, s. 101). Vidare kategoriserte vi einingane under passande kodar.

I trinn tre koda vi meiningsberande einingar under subgrupper og kodegrupper, før vi kondenserte innhaldet i desse. Eit kondensat er eit kunstig sitat av meiningsberande einingar som gjenfortel og samanfattar materialet med tydelege spor av informantane (Malterud, 2017, s. 107). Sluttvis valde vi gullsitat. I siste trinn rekontekstualiserte vi materialet ved å

skrive kondensata om til ein samanhengande analytisk tekst i tredje person. Vi nytta sitat for å forsterke hovudpoenga. Analysen avsluttast med validering av funna og kontroll av resultata ved å setje dei opp mot samanhengen dei vart henta ut frå (Malterud, 2017, s. 110).

3.6 Vitskapsteori og forforståing

Dei kvalitative forskingsmetodane forankrar seg i det fortolkande paradigmat med røter frå hermeneutisk og fenomenologisk filosofi (Malterud, 2017, s. 35). Dei ulike strategiane for å samle, analysere og fortolke kvalitative data forankrar seg igjen i eigne filosofiske tradisjonar. Forskingsspørsmålet vårt undersøker meiningsinnhaldet i fysioterapeutar sine subjektive tankar og erfaringar kring søvnevanskar som fenomen. Slike forskingsspørsmål høyrer heime i fenomenologien (Jamtvedt et al., 2015, s. 152).

Forforståing er eit sentralt omgrep innan vitskapsfilosofien og hermeneutikken.

Hermeneutikken tek føre seg spørsmål omhandlande forståing og fortolking (Thornquist, 2018, s. 167). Ved kvalitativ forskning vil ein aldri kunne stille seg nøytral i forskingsprosjektet, då forforståinga alltid vil påverke resultatet (Jamtvedt et al., 2015, s. 157). Forforståinga består av erfaringar, hypotesar, fagleg perspektiv og den teoretiske referanseramma ein har i innleiingsfasen av prosjektet (Malterud, 2017, s. 45). Før prosjektet drøfta vi utgangsposisjonen vår som forskarar, og reflekterte rundt korleis fordommane og forkunnskapane våre kunne påverke arbeidet. Forforståinga vår bygde stort sett på personlege erfaringar og oppfatningar, då vi sat med lite teoretisk forkunnskap. Vi hadde ei oppfatning av at søvn var viktig for helsa, men at fysioterapeutar fokuserar lite på det. Etterkvart som vi tileigna oss kunnskap, fekk vi eit inntrykk av at søvn burde ha eit større fokus i fysioterapien. Vi prøvde likevel å halde oss opne for alle moglege resultat.

3.7 Ethiske aspekt

Helsefagleg forskning er underlagt etiske standardar som fremjar respekt for menneske, og beskyttar helsa og rettigheitene deira (Malterud, 2017, s. 211). Eit viktig etisk prinsipp ved forskinga er at informantane sitt personvern skal ivaretakast. Ein må også sikre at forskaren og informanten si teieplikt overhaldast. For å drive god forskningsetisk praksis sat vi oss inn i,

og fylgde retningslinjene for forskingsprosjektet utarbeida av Høgskulen på Vestlandet, godkjent av Norsk senter for Forskningsdata. I forkant av intervjuet vart informantane tilsendt samtykkeskjema (Vedlegg 2) innehaldande informasjon om personvern og rettigheter. Informantane vart også munnleg informerte før intervjustart. I høve med samtykkeerklæringa vert alt datamateriale oppbevart passordbeskytta, og sletta undervegs eller ved sensur av oppgåva.

3.8 Diskusjon av metode

3.8.1 Val av metode og informantar

Når ein utforskar menneske sine erfaringar, opplevingar, verdiar og samhandlingar eignar kvalitative metodar seg gjerne betre enn kvantitative (Malterud, 2017, s. 30). Med bakgrunn i problemstillinga valde vi difor ei kvalitativ tilnærming. Vi kunne gjennomført intervjuet i fokusgrupper, men ynskte å gje informantane tid, rom og trygge rammer til hente fram tankar og erfaringar, og valde difor semistrukturerte djupneintervju. Intervjuforma er tidskrevjande, men gav moglegheit til å analysere datamaterialet trinnvis (Malterud, 2017, s. 137).

I byrjinga av utvalsprosessen ynskte vi primært å kome i kontakt med avtalefysioterapeutar. Seinare endra vi kriteriet då vi såg at eit utval med større vekt på mangfald kunne styrke oppgåva ved å gje betre informasjonsstyrke, eit rikare materiale og fleire synsvinklar på problemstillinga (Malterud, 2017, s. 59). I følge Malterud (2017) vil ikkje studia si overføringsevne nødvendigvis styrkast av eit større antal informantar. Overføringsevna avhenger av om funna gjev ny innsikt som ein kan dra nytte av i andre samanhengar enn der forskinga tok stad (Malterud, 2017, s. 66). Då informantane delte interesse i temaet og hadde mange liknande tankar og erfaringar, ser vi det likevel sannsynleg at eit større utval kunne tilført oppgåva eit djupare innsyn.

3.8.2 Førebuing og gjennomføring av intervju

Intervjuguiden var til stor hjelp då vi var uerfarne intervjuhaldarar. I fyrste intervju var vi avhengige av intervjuguiden, men lausreiv oss meir og skapte betre flyt i vidare intervjusituasjonar. For å stille betre førebudd kunne vi gjennomført pilotintervju, men

grunna avgrensa tidsressursar vart ikkje dette prioritert.

To intervju vart gjennomført digitalt ved videoopptak. Ein fordel med videoopptak er at det fangar opp data om nonverbal kommunikasjon (Malterud, 2017, s. 74). Éit intervju vart gjennomført fysisk, og teke opp med lydopptak. Lydopptak eignar seg godt ved samledata, men ulempa er at nonverbal kommunikasjon ikkje fangast opp (Malterud, 2017, s. 73). Grunna store avstandar var det naudsynt å gjennomføre to intervju digitalt. Vi ynskte likevel å gjennomføre siste intervju fysisk, då ein videokonsultasjon ikkje kan erstatte den mellommenneskelege relasjonen i eit fysisk møte (Malterud, 2017, s. 74). Vi reviderte intervjuguiden etter kvart intervju. Likevel vart fokuset uheldig sentrert i intervju 2 då informanten ikkje arbeida klinisk med pasientar. Vi føler framleis ikkje dette svekkja resultatet, men heller opna for ny informasjon og nye synspunkt.

3.8.3 Tilarbeiding av data

Vi gjorde transkripsjonen snarleg etter intervjuet, for å ivareta informantane sine erfaringar og meiningar slik formidla under intervjusituasjonen. Fyrst inkluderte vi småord og gjentakningar, men redigerte seinare transkripsjonen forsiktig, for å minimere risikoen for latterleggjing av informantane si formidling (Malterud, 2017, s. 78). Vi gjennomførte transkripsjonsprosessen saman for å hindre mistolkingar og fortolkingar av meiningsinnhaldet. Vi ferdigstilte transkripsjonen før neste intervju for å ha moglegheit til å revidere intervjuguiden.

3.8.4 Analyse av data

Gjennom systematisk tekstkondensering gjorde vi ei grundig analyse, og vart godt kjent med datamaterialet. Metoden eignar seg for nybyrjarar då den gjev ei enkel innføring i analyseprosessen, og korleis denne kan gjennomførast systematisk og overkommeleg (Malterud, 2017, s. 97). Undervegs i analysen justerte vi kodegruppene frå fem til tre i samråd med rettleiar. Vi såg dette som hensiktsmessig for å tematisere eit fagfelt i endring og utvikling. Trinn éin gjennomførte vi individuelt for å få god innsikt i datamaterialet, og sikre at ingen viktige aspekt vart oversett. Resterande trinn vart gjennomført saman. Undervegs i dekontekstualiseringa samanlikna vi stadig analysert materiale opp mot transkripsjonane, for å sikre at vi ikkje trakk resultatata ut av kontekst. At vi arbeida to saman

gjennom analyseprosessen ser vi som ei styrke for oppgåva. Dette fordi ein skapar eit analytisk rom med fleire nyansar, og kan få auge på fleire detaljar (Malterud, 2017, s. 100).

3.8.5 Validitet og reliabilitet

Gjennom oppgåva har vi streva etter transparens og refleksivitet ved å skildre framgangsmåten nøye, samt kritisk vurdere val i alle fasar av prosessen. Dette for å gjere prosessen tilgjengeleg for innsyn og utfordring (Malterud, 2017, s. 36). Gjennom transparens i metodekapittelet, presentasjon av funn og diskusjon kan reliabiliteten i oppgåva styrkast. Det kan vere utfordrande å attskape resultat av kvalitativ forskning, då forforståinga kan ha påverka resultatata som trekkjast fram. Å drøfte forforståinga kan difor auke reliabiliteten i oppgåva.

Validitet handlar om å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldigheit (Malterud, 2017a, s. 192). Gjennom prosessen stilte vi oss stadig kritiske til eiga metode og framgangsmåte. Som uerfarne intervjuhaldarar vart vi noko styrt av intervjuguiden. Vi kunne med fordel stilt fleire oppfylgningsspørsmål for å streve etter dialogisk validering, og sikre felles forståing. I rekontekstualiseringa forsikra vi oss om at resultatata representerte informantane sine synspunkt og ytringar, og streva etter å belyse problemstillinga. I utvalet fokuserte vi på informasjonsstyrke, og intervjuar informantar med relevant kunnskap. Informantane arbeidar i ulike delar av helsetenesta, noko som bidreg til variasjonsbreidd og styrkar validiteten i funna (Malterud, 2017, s. 59). Samstundes har vi ikkje fått lyst på dei negative sidene kring problemstillinga. Me er merksame på at informantutvalet ikkje er representativt for alle fysioterapeutar, men ser likevel at resultatata kan bidra med kunnskap.

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenterast dei viktigaste funna i analysen av datamaterialet. Gjennom analysen kom vi fram til temaa: forståing av pasientgruppa og noverande rolle, fysioterapeutisk tilnærming og tiltak og ynskja utvikling.

4.1 Presentasjon av informantane

Tabell 1. Presentasjon av informantane

Informant	Presentasjon
Informant 1	Mannleg fysioterapeut som arbeidar 60 prosent i privat praksis og 40 prosent med driftstilskot. Tidlagre erfaring frå rehabiliteringsklinikk i spesialisthelsetenesta. Kursa i kognitiv terapi. Erfaring med søvn frå samarbeid ved tidlegare arbeidsstad, og har ut frå eiga interesse tileigna seg kunnskap om søvn.
Informant 2	Kvinneleg fysioterapeut i bedriftshelsetenesta. Arbeidar ikkje som praktiserande fysioterapeut, då ho har ei leiarrolle. Vidareutdanning i helsefremjande arbeid og psykologi. Yrkeserfaring frå sjukeheim, som HMS-konsulent og innan arbeidsretta rehabilitering.
Informant 3	Kvinneleg fysioterapeut, arbeidar kommunalt med behandling av kurative pasientar. Driv også søvnbehandling av pasientar i frisklivssentral. Kursa i kognitiv terapi, samt i behandling av søvnevanskar. Har eiga erfaring med søvnevanskar.

4.2 Forståing av pasientgruppa og noverande rolle

4.2.1 Det kliniske biletet

I forhold til søvnevanskar fortel informantane at dei hovudsakleg arbeidar med vaksne arbeidstakarar. Informant 2 poengterer at bedriftshelsetenesta ikkje behandlar pasientar, men rettleiar tilsette for ein betre arbeidskvardag. Informantane skildrar at søvnevanskar ofte kjem som ei fylgje av andre vanskar, som låg trivsel, konflikt eller smerter. Informant 2 seier

det er vanskeleg å vite kva plagar som oppstår fyrst, men søvnevanskar kan medverke til å oppretthalde problemet. Ho seier det er få som søv godt dersom dei ikkje har det bra, og skildrar det som ein ond sirkel. Informant 1 seier dei med langvarige smerteplagar og personleg disposisjon til å bekymre seg ofte slit med søvn.

Pasientane har ofte muskelspenningar, smerter og hovudverk, fortel om fatigue og om å ikkje strekke til, seier informant 1. Informant 3 opplev pasientane som trøytte, fortvila, flaue, og ofte lett deprimerte. Ho følgjer opp med: «Dei tenkjer på søvnen heile dagen, og tenkjer på natta som skal kome». Informant 2 møter plagar knytt til bekymringar, stress og arbeidslivet, og seier søvnevanskar kan ha negativ påverknad på arbeid, konsentrasjon, prestasjon, motorikk, styrke og uthald. «Altså det påverkar jo eigentleg alle, heldt på å seie, alle måtane vi fungerer på [...]. Så eg tenkjer det er ein viktig del av det å ha god helse, er det å ha god søvn», seier informant 2.

4.2.2 Den noverande rolla

Ved spørsmål om fysioterapeutar fokuserer på søvn svarar informant 1: «Eg har overhovud ikkje kjensla av at dette vert fokusert på». Informant 3 seier: «[...] det er lita interesse, folk vegrar seg». Ho seier: «Eg tenkjer jo at det er eit kjempeproblem. [...] og det er rikeleg av pasientar til alle». Kollegaane ikkje veit kva dei skal gjere eller kvar pasientane skal tilvisast, mange tilvisar til fastlegen, fortel informant 3. Ho trur mange fysioterapeutar tenkjer søvnfeltet er vanskeleg og skummelt, og følgjer opp med: «Men eg trur det endrar seg».

Informantane seier pasientane som regel ikkje oppsøker dei med søvnevanskar som hovudproblem. Informant 1 seier: «[...] mi grunnerfaring er at folk pratar lite om søvnproblema før dei vert spurt om direkte det». Han ytrar at søvn er uttygd. Informant 3 opplev at pasientane ikkje vil snakke om søvnevanskane, då det er skambelagt og dei tenkjer det er utan betydning.

Det er lite å spele på kring samarbeid seier informant 1. Informant 3 har jamlege møte med fastlegane og skildrar eit godt samarbeid. I bedriftshelsetenesta skildrar informant 2 eit velfungerande teamarbeid, der dei alltid arbeidar minst to profesjonar per sak. Vi må tilvise vidare dersom det går ut over det vi kan. Ho trur alle jobbar litt med søvn, men påpeikar

skilnaden mellom ein pasient med lettare søvnplager og pasientar med meir alvorlege tilstandar. Informant 3 tilviser vidare dei som treng spesialisert behandling, som narkolepsi, søvnapné, tung psykiatri og rusvanskar. Ho kan ikkje krevje eigenandel for søvnbehandling då søvn ikkje ligg i takstplakaten, men seier ein kan gjere det til eit gratistilbod gjennom frisklivssentralen, slik ho har gjort.

4.3 Fysioterapeutisk tilnærming og tiltak

4.3.1 Tilnærming og kartlegging

Alle informantane fremjar kartlegging som sentralt. Informant 1 seier: «Du kartlegg litt: Kva er drivarane? Kva er det som er utfordringane dine?». Informant 2 seier vi må sjå på alle faktorane som bidreg til at pasienten ikkje fungerer optimalt. Det er faktorane som opprettheld søvnplagene, ein går inn og gjer noko med. Ho seier at ei plage sjeldan kjem åleine. «[...] vi prøvar å adressere det som at kroppen er eit økosystem, og at alle ting påverkar kvarandre» fortel informant 1.

Informant 2 seier at dersom ikkje årsaka til plagene handterast vil symptoma kome attende. Ho seier ein må prøve å sjå samanhengar, sjå det store biletet, slik at tiltaka treff, og gjev varig effekt. Informant 1 arbeidar ut frå den biopsykososiale modellen, og seier ein då vert flink å forklare pasientane korleis psykosoma heng saman, og at det ikkje berre er biomekaniske drivarar til plagar. Han opplev at pasientar har fått få spørsmål om korleis dei søv og korleis dei eigentleg har det hjå tidlegare behandlarar: «Og det er jo litt rart eigentleg, for då høyrest det ut som du har vore på bilverkstad». Informant 1 fortel at ein då må kartleggje verdsbilete pasienten har på plagene: «Kvar er pasienten»? Han seier dei kjem frå ein ståstad om kva problemet er, og at tidlegare behandlarar kan ha prega forståinga deira.

Dersom ein skal behandle ei problemstilling vert ein ofte nøydte å røre ved både det psykiske og det somatiske, uttrykkjer informant 2. Samstundes skildrar ho ein balansegang i kva ein som behandlar skal leggje seg opp i. Informantane understrekar at vi ikkje er psykologar, og informant 3 seier ho aldri praktiserer samtalerapi kring utløysande faktor for søvnavanskane, då ho manglar kompetanse til det. Dersom pasienten ynskjer kan vi likevel lytte, uttrykkjer ho. Informant 1 påpeikar at nokre kanskje tenkjer at dette ikkje er vår rolle

eller profesjon: «Men, skal vi ikkje tore å spørje dei om dei søv dårleg? Skal vi ikkje tore å spørje om dei har det dårleg»? Han meiner ein må spørje om det kognitive, då det er ein stor del av søvnevanskane til pasientane. Ikkje alle ynskjer å snakke om det psykiske då det vert nært, «Men av og til er kanskje jobben vår å tråkke i salaten». Han seier:

Og dersom vi då ser at der sit ein person som er nær å amputere beina sine og han sit å røyker, skal du då ikkje påpeike at det kanskje er lurt å slutte å røyke? Berre fordi at det kan virke litt støytande?

Informant 3 fortel at ho må føle seg fram hjå pasientane, og fyrst finne ut om dei ynskjer å gjere noko med søvnen sin. Dersom pasientane ynskjer, set ho opp ein separat time til søvnbehandling. Ho seier at ein gjennom søvnbehandlinga får ein litt annan relasjon, då plagene ofte har ei bakanforliggende årsak. Ho poengterer viktigheita av å formidle håp til pasienten om at vi skal hjelpe dei, og seier nokre vert kvitt søvnproblemet berre av dette, fordi dei klarar slappe av, og får trua på at dei kan verte betre: «Og det er jo det som er med søvn: til mindre du prøvar å sove til lettare går det». Informant 1 seier ein aldri må vise pasienten at ein har dårleg tid, då dei gjerne let vere å ta opp søvnevanskane dersom dei merkar behandlaren har dårleg tid.

4.3.2 Søvnhygieneråd og CBTi

Råd og rettleiing nemnast i intervjuet som noko fysioterapeuten kan bidra med ovanfor søvnevanskar. Informant 1 lærer pasientane om søvnhygiene, noko som er enkelt og verknadsfullt. Han seier: «[...] vi kan få til veldig mykje med enkle grep viss ein kan fokusere på, sånn som dette med søvn, det er ikkje så veldig vanskeleg». Informant 1 poengterer: «viss du søv veldig dårleg, så er det ein av dei store tinga ein skal ta tak i». Informant 3 understrekar at søvnhygieneråd ikkje vil vere tilstrekkeleg ved langvarig søvnproblematikk, då problemet er meir alvorleg og krev tilrettelagt behandling.

Informant 3 utreiar og behandlar pasientar med søvnevanskar etter nasjonale retningslinjer, ved hjelp av CBTi. Ho fortel at ein fyrste timen går gjennom forenkla søvnutreingskjema. Vidare må pasienten fylle ut søvndagbok. I behandlinga nyttar ho seg av søvnrestriksjon og stimuluskontroll. Dei fleste pasientane vel søvnrestriksjon, då dei opplev metoda som meir

ryddig. Pasientane får oppfølging kvar veke, og ho justerer behandlinga etter søvndagboka. Ho seier studiar viser at metoden verkar, og legg til: «Og det er ei behandlingsmetode vi som fysioterapeutar absolutt kan lære oss».

Informant 1 fortel mange pasientar synes det er vanskeleg å gje slepp på til dømes åleineid på kvelden. Då seier han: «No tek vi det som eit prosjekt». Han legg det fram slik:

Eg skjønner at dette er di tid, men visst du går med på prosjektet også møtast vi om to veker også ser vi, og tenkjer ja no går du litt inn for det. Så kan vi jo diskutere da, og visst du føler deg akkurat like lite energisk, like u-utkvilt, konsentrasjonen er like dårleg, smertene er like sterke, og du har gjort alt det eg har sagt. Javel. Då tek vi det derfrå, også finn vi på noko nytt. Men vi har ikkje kome dit enda.

4.4 Ynskja utvikling

Informant 3 seier: «Vi kjem 100 prosent sikkert til å komme bort i pasientar som slit med søvn, og det påverkar deira si helse negativt, både på kort sikt og lang sikt». Om du kan hjelpe pasienten å sove betre, har det truleg større effekt enn øvingane du gjev, fortsett ho. Informant 2 seier det gjerne ikkje er den mest opplagde tingen å gripe fatt i som fysioterapeut. Ho tenkjer alle profesjonar bør vere interessert i å lære om korleis ein kan oppretthalde søvn. Dersom det ikkje høyrer heime i behandlinga vår må ein heller trekkje inn andre profesjonar, seier ho.

Informant 2 tenkjer fysioterapeutar har ei kjempeviktig rolle ovanfor søvnproblematikk, då fysioterapitenesta er lett å gå til. Ho opplev at folk har mindre problem med å be om tilvising til fysioterapeut, enn eksempelvis psykolog. Ho legg til at fysioterapeuten kan vere den fyrste som får informasjon om søvnevanskaner, og at det difor er avgjerande at ein kan gripe fatt i det, for å betre situasjonen. «Også er det så lett å behandle!» seier informant 3. Ho opplev at mange tenkjer det er vanskeleg å behandle, «men det er jo ikkje det, i det heile teke». Ho seier vi på lik linje med sjukepleiarar og legar kan behandle søvnevanskar. Ein må berre alliere seg med fastlegane dersom ein lurar på noko medisinsk, seier ho.

Informant 2 trur det ikkje på nokon måte vil vere skadeleg å utvikle rolla vår ovanfor søvnevanskar: «Målet må jo vere å hjelpe pasientane. Så lenge ein har fagkunnskap til å gje dei råda som ein gjev, så er det ikkje noko problemstilling i det». I forhold til effekten av søvnbehandling seier informant 3: «Det fungerer fort, og pasientane vert veldig glade. Dei vert som nye menneske».

Omhandlande utvikling av fysioterapeutens rolle ovanfor søvnevanskar, foreslår informantane eit auka fokus på søvn i utdanninga, og informant 3 poengterer det er her ein får planta det fyrste frøet. Søvn er eit viktig og ubevandra terreng seier informant 1. Han og informant 3 nemner vidareutdanning og kursing i søvn som tiltak. Informant 3 seier ein ikkje må vere redd for å gå inn i fagfeltet, ta kurs og lære noko nytt dersom ein har interesse: «[...] du kan jo utdanne deg til kva som helst, sant». Informant 2 foreslår at ein kan kople inn andre innflytelsesrike og medverkande aktørar, og setje saman team, då behandlarane, NAV og arbeidsstad må snakke saman.

Informant 3 seier at samanlikna med nokre år tilbake har fokuset på søvn auka. «Den nye retninga innafor fagutviklinga er jo at: No lyttar vi meir, no spør vi litt meir, no vil vi vite litt meir» seier informant 1.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil vi i lys av resultat og teori drøfte problemstillinga vår: «Kva tankar og erfaringar har fysioterapeutar om rolla vår ovanfor pasientar med søvnevanskar?»

5.1 Eit samansett pasientbilette

Informantane arbeidar i ulike delar av helsetenesta, men skildrar likevel pasientar med søvnevanskar på ein nokså samsvarande måte. Dei fortel at pasientane ofte er bekymringsfulle, stressa, har lågt energinivå, låg trivsel eller er prega av fatigue. Det informantane skildrar samsvarar med litteratur om potensielle konsekvensar av søvnmangel, som til dømes redusert livskvalitet og negativ påverknad på humør, konsentrasjonsevne og yteevne (Bjorvatn, 2016; Siengsukon et al., 2017, s. 827). Informant 1 seier pasientane ofte har smerter, muskelspenningar og hovudverk. Tilsvarende seier teori at søvnevanskar gjev ein signifikant auka risiko for redusert smertetoleranse (Siengsukon et al., 2017; Sivertsen et al., 2015). Informant 1 seier pasientane fortel om ikkje å strekke til, og informant 3 framstiller pasientane som fortvila, flaue og gjerne lett deprimerte. Litteraturen syner ein tett samanheng mellom søvn og psykisk helse, og at søvnevanskar ofte er eit debutsymptom ved psykiske lidingar (Helsedirektoratet, 2017).

Informantane formidlar at pasientane sjeldan oppsøker fysioterapi med søvnevanskar som hovudproblem. Dei fortel at søvnevanskane ofte har samanheng med andre plagar: «Ei plage kjem sjeldan åleine», seier informant 2. Det hevdast at heile 80 prosent av pasientar med søvnevanskar samstundes har somatiske eller psykiske plagar, og plagene opptre ofte i eit komplekst samspel (Major et al., 2011, s. 32). Informant 2 samanfatar kompleksiteten ved å seie: «Altså det påverkar jo eigentleg alle, heldt på å seie, alle måtane vi fungerer på [...]». Ho fortel det er vanskeleg å seie kva plagar som kjem fyrst, men skal ein betre situasjonen til pasienten vert søvnevanskar viktig å gripe fatt i. Ho seier: «[...] eg tenkjer det er ein viktig del av det å ha god helse, er det å ha god søvn». Informant 1 seier at dersom ein søv dårleg er det ein av dei store tinga ein skal ta tak i. I lys av dette tenkjer vi at ein må kjenne til det samansette pasientbiletet, dersom ein skal klare fange opp søvnevanskane, og behandle pasientgruppa på ein fagleg forsvarleg måte, jf. Helsepersonellova (2000, § 4).

5.2 Ei biopsykososial tilnærming – å sjå det store biletet

Med bakgrunn i det samansette pasientbiletet framheva informantane viktigheita av ei biopsykososial tilnærming. «[...] vi prøvar å adressere det som at kroppen er eit økosystem, og at alle ting påverkar kvarandre» seier informant 1. Han fortel at ein gjennom ei biopsykososial tilnærming kan hjelpe pasienten å forstå at det psykiske påverkar det fysiske, og at det ikkje berre er biomekaniske drivarar til søvnplagene. Engel (1977) skriv at ein gjennom ei biopsykososial tilnærming anerkjenner pasienten sine subjektive opplevingar, samt at sosiale og psykologiske faktorar verkar inn på plagene. Han presenterer viktigheita av å evaluere alle faktorar som kan bidra til sjukdom, og ikkje berre prioritere dei biologiske (Engel, 1977, s. 133).

Trass i at den biopsykososiale tilnærminga er anerkjent blant fysioterapeutar, nyttar mange framleis ei biomedisinsk tilnærming i praksis (Gervais-Hupé et al., 2022). Informant 1 underbyggjer dette når han fortel at pasientar tidlegare har fått få spørsmål om søvn og korleis dei eigentleg har det. Han poengterer at ein då må kartlegge pasienten sitt verdsbilete, då dei gjerne allereie har ei forståing av plagene, som kan ha vorte prega av tidlegare behandlarar. Informant 2 påpeikar at dersom ein ikkje handterer årsaka til plagene vil symptoma sannsynleg kome attende. Ho seier det handlar om samanhengar og å sjå det store biletet, slik at ein kan gje tiltak som treff og gjev varig effekt. Pasientbiletet ved søvnevanskar er gjerne samansett, og ein kan difor tenkje at å sjå det store biletet gjennom ei biopsykososial tilnærming vil vere naturleg og fordelaktig.

Alle informantane fremja kartlegging som sentralt i møte med pasientgruppa. Informant 3 påpeikar at ho alltid byrjar med å kartlegge om pasienten ynskjer å ta tak i søvnevanskane. Informant 1 fortel at pasientane snakkar lite om søvn før dei vert spurt direkte om det, og fremjar kartlegging av drivarar og utfordringar som viktig. Ein må finne faktorane som opprettheld søvnplagene og bidreg til at ein ikkje fungerer optimalt, seier informant 2. Retningslinjene for insomni tilrår å gjennomføre ei søvnanamnese av pasienten, og den norske vektlegg også ei grundig medisinsk og psykiatrisk anamnese (Bjorvatn et al., 2020; Riemann et al., 2017, s. 678). Skal ein behandle ei problemstilling vert ein ofte nøydte å røre ved både det somatiske og det psykiske, seier informant 2. Alle informantane er einige i at det er viktig å kartleggje bakanforliggende årsak til plagene. Nokre vil kanskje tenkje at det

ikkje er vår rolle: «Men, skal vi ikkje tore å spørje dei om dei søv dårleg? Skal vi ikkje tore å spørje om dei har det dårleg»? spør informant 1. Samstundes poengterer informant 2 at det er ein balansegang i kva ein skal leggje seg opp i som fysioterapeut. Dei understrekar at vi ikkje er psykologar, men informant 3 påpeikar at vi likevel kan lytte om pasienten ynskjer det. Informant 1 seier at fysioterapeuten no lyttar, spør og vil vite litt meir enn tidlegare. For å danne eit godt grunnlag for vidare behandling, ser det ut til å vere viktig med ei grundig kartlegging av bidragsytande faktorar til søvnevanskar, inkludert psykiske faktorar.

5.3 Behandlingstilnærmingar ved søvnevanskar

Trass i ei lik overordna tilnærming, handterte informantane pasientane sine søvnevanskar på ulikt vis. Informant 1 formidla i hovudsak kunnskap gjennom søvnhygieneråd. For å gjere det meir overkommeleg å fylje råda, presenterte han dei som eit prosjekt pasienten kunne fylgje opp i ein periode. Han avtalte oppfølgingstimar for å evaluere effekt. Helsedirektoratet (2017) hevdar mange vil ha varig nytte av opplæring i gode søvnvanar, og skriv at bruk av søvnhygieneråd er vist å henge saman med god søvnkvalitet. Råda kan også ha ein førebyggjande effekt mot utvikling av søvnevanskar (Bjorvatn, 2016b). Samstundes fortel informantane at pasientane ofte er svært bevisste og tenkjer mykje på eigen søvn. «Og det er jo det som er med søvn: Til mindre du prøvar å sove til lettare går det» seier informant 3. Pasientane har lett for å hamne i ein psykologisk ond sirkel der søvnevanskane gjer dei engstelege grunna dårleg søvn, som igjen fører til auka fokus på søvnen (Bjorvatn et al., 2020, s. 2). Likevel har søvnhygieneråd vist å ha god effekt dersom pasienten rettleiast, og aktuelle råd grunnjevast av ein behandlar (Bjorvatn, 2016b). Informantane hevdar at dersom ein tileignar seg tilstrekkeleg kunnskap er fysioterapeutar kompetente til å gje søvnhygieneråd. Informant 3 påpeikar likevel at det ved meir langvarige plagar sannsynlegvis ikkje vil vere tilstrekkeleg med søvnhygieneråd som tiltak åleine.

Informant 3 set opp separate timar for søvnbehandling. Ho nyttar seg av søvndagbok i utreiinga, men også for å justere og tilpasse behandlinga undervegs. Å nytte søvndagbok er sterkt tilråda både i utreiing og vidare behandling (Bjorvatn et al., 2020, s. 2; Riemann et al., 2017, s. 682). I behandlinga fylgde ho retningslinjene for kognitiv åtferdsterapi for insomni (CBTi), og nytta seg av teknikkane søvnrestriksjon og stimuluskontroll. Ei norsk

behandlingsstudie gjennomført på voksne med insomni konkluderer med at CBTi verkar betre enn medikamentell behandling både på kort og lang sikt (Sivertsen et al., 2006, s. 2851). CBTi er difor tilråda som fyrstelinjebehandling ved insomni, og behandlingseffekten er godt dokumentert (Bjorvatn et al., 2020; Riemann et al., 2017). I forhold til stimuluskontroll syner vitskaplege oversikter at det er ei av dei mest effektive behandlingsformene ved kronisk insomni, og at rundt 80 prosent får betre søvn etter behandling (Bjorvatn, 2018). Effekten ser og ut til å vare. Informant 3 fortel at dei fleste pasientane hennar valde søvnrestriksjon då dei opplevde den som ryddigast. Bjorvatn (2018) skildrar derimot søvnrestriksjon som meir krevjande for pasienten, men hevdar effekten er like god som for stimuluskontroll.

På den eine sida skildrar informant 3 CBTi-teknikkane som effektive, og enkle å gjennomføre. Ho seier det er fullt mogleg for fysioterapeutar å lære seg å anvende teknikkane. Sivertsen (2014) skildrar også teknikkane som enkle, og poengterer at dei kan nyttast av ulikt helsepersonell. På den andre sida hevdast det at få behandlarar nyttar seg av CBTi i ordinær klinisk praksis (Bjorvatn et al., 2020, s. 6). Arbeidet for vidare implementering av ikkje-medikamentelle intervensjonar som CBTi sjåast som ei av dei største utfordringane når det gjeld insomni. Utdanningsinstitusjonar og profesjonsforeiningar i Noreg samarbeider allereie for å auke kunnskapsnivået hjå komande psykologar og legar kring CBTi. I tillegg bør også anna helsepersonell skulerast (Bjorvatn et al., 2020, s. 6).

Dei siste åra har informant 2 hatt ei leiarrolle og dermed ikkje arbeida direkte med pasientar, men delegert sakene på arbeidsstaden. Ho påpeikar at fysioterapeutar kan vere dei fyrste som får informasjon om søvnevanskaner, og difor har ei kjempeviktig rolle til å ta opp tema, gripe fatt i plagene og gjere noko med det. Samstundes tydeleggjer ho skilnaden mellom pasientar med lettare søvnevanskar som fysioterapeuten kan behandle, og meir alvorlege plagar der ein må tilvise vidare til spesialist. Informant 3 fortel at ho tilviser vidare dei med narkolepsi, søvnapné, tung psykiatri eller rusvanskar. Då kravet om tilvising fell vekk i 2018, medførte dette at fysioterapeutar vart meir tilgjengelege, men også fekk eit større sjølvstendig ansvar for å vurdere behandlingsbehov (Helfo, 2019). Informant 2 trekk fram det å kjenne fagfeltet, samarbeide med andre, kjenne grensene for eigen kompetanse og vere orientert om kvar pasienten skal tilvisast som viktige poeng.

Med bakgrunn i teori om rolleomgrepet kan ein seie at fysioterapeutar allereie har ei rolle ovanfor søvn, då vi sannsynlegvis allereie møter pasientgruppa. Som informantane illustrerer er der ulike måtar fysioterapeuten kan forvalte denne rolla på. Dei ulike behandlingstilnærmingane syner at der er alternativ for ein kvar fysioterapeut. Skal ein drive fagleg forsvarleg praksis og gje omsorgsfull og nødvendig helsehjelp, jf. Helsepersonellova (2000, § 4), er det uansett nødvendig å vite kvar og kva tid pasienten skal tilvisast vidare. Ein kan tenkje at dette gjeld uansett om ein aktivt arbeidar med søvn eller ikkje.

5.4 Eit ynskje om utvikling

Informant 3 seier: «Vi kjem 100 prosent sikkert til å komme bort i pasientar som slit med søvn, og det påverkar deira si helse negativt, både på kort og lang sikt». Ho seier: «Eg tenkjer jo at det er eit kjempeproblem. [...] og det er rikeleg av pasientar til alle». Rundt ein tredjedel av den vaksne befolkninga slit med søvnen kvar veke (Helsedirektoratet, 2017), og norske tal syner at over halvparten av pasientane i primærhelsetenesta har søvnevanskar (Bjørvatn et al., 2017). Informantane opplev at søvn er lite fokusert på blant fysioterapeutar, og informant 1 seier: «Eg har overhovud ikkje kjensla av at dette vert fokusert på». Samstundes oppfordrast fysioterapeutar å ha kunnskap kring søvn, grunna høg førekomst av søvnevanskar i befolkninga, samt i populasjonar fysioterapeutar jamleg er i kontakt med (Siengsukon et al., 2017, s. 834). Informant 3 fortel likevel at mange kollegaar ikkje veit korleis dei skal handtere pasientgruppa. Ho opplev at mange tenkjer søvn er vanskeleg å behandle, «Men det er jo ikkje det, i det heile teke». Dersom ein kan hjelpe pasientane med søvnen vil det truleg gje større effekt en øvingane ein gjev, hevdar ho. Informant 2 seier søvn kanskje ikkje er det mest nærliggande å ta tak i som fysioterapeut, men ser det likevel som kjempeaktuelt å arbeide med. Ho seier: «Målet må jo vere å hjelpe pasientane. Så lenge ein har fagkunnskap til å gje dei råda som ein gjev, så er det ikkje noko problemstilling i det».

5.4.1 Utdanning og kurs innan søvn

Ved spørsmål om korleis ein kan utvikle fysioterapeuten si rolle ovanfor søvnevanskar, føreslår alle informantane å få søvn inn i utdanninga. Det er her ein får planta det fyrste frøet, seier informant 3. Informant 2 tenkjer alle profesjonar bør ha interesse i å lære noko om korleis ein kan oppretthalde søvn, då dei fleste som strevar med noko gjerne søv dårleg.

Ein artikkel frå 2017 seier det er bekymringsfullt at helseutdanningar i Noreg tilbyr så lite søvnundervisning, og at fokuset på søvn bør aukast (Wilson et al., 2017, s. 13). På den andre sida nemner ikkje forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeutdanning (2019) noko om søvn. Forskrifta seier: «Kandidaten skal ha bred kompetanse i å gjenopprette, vedlikeholde og utvikle bevegelsesutfoldelse og funksjon, for å fremme mestring, livskvalitet og deltakelse» (2019, § 2). Med slike opne retningslinjer, er det i stor grad opp til utdanningsinstitusjonen å avgjere kva som er eit breitt nok kunnskapsgrunnlag for kandidatane. Hjå nokre utdanningsinstitusjonar kan ein dermed vurdere søvn som nødvendig kunnskap, hjå ein annan kan det utgå. Dette til trass for at ein for over fem år sidan etterlyste eit auka fokus på søvn i helseutdanningar.

Informant 1 og 3 poengterer også vidareutdanning og kursing som tiltak. Informant 1 føreslår dette då han ser søvn som eit viktig og ubevandra terreng. Informant 3 fylgjer opp med at ved interesse for søvn, må ein ikkje vere redd for å gå inn i fagfeltet: «[...] du kan jo utdanne deg til kva som helst, sant». Det er store utfordringar i å tilgjengeleggjere ikkje-medikamentelle intervensjonar, og ein avhenger av å auke kompetansen blant helsepersonell (Bjorvatn et al., 2020). Ein artikkel i tidsskriftet *SØVN* skriv at norske behandlarar har eit lågt til moderat kunnskapsnivå om søvn, trass den vanlege førekomsten av søvnevanskar i befolkninga (Wilson et al., 2017, s. 13). Dei konkluderer med at etterutdanningskurs i søvn og søvnrelaterte lidingar bør tilbydast i større grad, då det har dokumentert effekt på eit betra kunnskapsnivå hjå kursdeltakarane.

5.4.2 Samarbeid og tverrfaglegheit

I bedriftshelsetenesta skildrar informant 2 eit velfungerande teamarbeid, der dei alltid arbeidar minst to profesjonar på kvar sak. I tillegg samarbeider tenesta med aktørar som NAV og pasienten sin arbeidsstad. Informant 2 ynskjer likevel eit tettare samarbeid, og understrekar viktigheita av at dei ulike aktørane snakkar saman. Ved komplekse helseproblem, vert tverrfagleg teamarbeid sett på som den beste organiseringa for at helsepersonell skal yte optimale helsetenester (World Health Organization Department of Human Resources for Health, 2010, s. 10). For nærare ti år sidan vart det fastslått at ein må byggje opp ei primærhelseteneste med tverrfaglegheit som bærande prinsipp (Meld. St. 26, 2014-2015). Ei systematisk kartleggingsoversikt syner likevel at det framleis er mange

usvarte spørsmål kring organiseringsmodellen (Forsetlund et al., 2019, s. 6). Informantane opplev at samarbeid eksisterer i varierende grad, men er samde om at tverrfaglegheit er viktig i arbeidet med søvnevanskar. Søvnevanskar er gjerne ein del av eit samansett symptombilete, og for å yte optimal helsehjelp verkar det hensiktsmessig med tverrfaglege helsetenester.

5.4.3 Takst

Informant 3 påpeikar at søvn ikkje ligg i takstplakaten, og at ho difor ikkje kan krevje eigenandel for søvnbehandlinga. For å kunne praktisere behandlinga har ho organisert den gjennom frisklivssentralen som eit gratistilbod. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi seier at stønad gjevast når behandlinga har vesentleg betydning for sjukdom og funksjonsevne (2021, § 1). Likevel seier ikkje forskrifta noko om søvn, men seier at ein ikkje kan krevje eigenandel eller pasientutbetaling ut over det som står (2021, kap. 3). Frå noverande ståstad, ser det difor ut til å vere vanskeleg for fysioterapeutar å praktisere søvnbehandling. Skal søvn verte ein del av yrkesutøvinga vil truleg inkludering av søvn i takstplakaten leggje betre til rette for behandling av pasientar med søvnevanskar.

6.0 Konklusjon

Formålet med oppgåva var å rette søkjelys på fysioterapeutar sine tankar og erfaringar om rolla vår ovanfor pasientar med søvnevanskar. I oppgåva kjem det fram at informantane tenkjer fysioterapeutar har ei viktig rolle ovanfor søvnevanskar, men at få fysioterapeutar fokuserer på søvn. Søvnevanskane skildrast som del av eit samansett bilete, der både psykologiske og somatiske faktorar spelar inn. For å fanne om kompleksiteten har vi lært at ei biopsykososial tilnærming og kartlegging er sentralt i møte med pasientgruppa. Litteraturen støttar godt opp om informantane sine behandlingstilnærmingar, og dei erfarer at teknikkane søvnrestriksjon, stimuluskontroll og søvnhygiene er effektive. Det er semje om at teknikkane er moglege for fysioterapeutar å nytte seg av ved opplæring, og at behovet for behandlarar er stort. Ved manglande kompetanse bør ein uansett kunne kartlegge søvn og tilvise pasienten vidare. Informantane sine erfaringane illustrerer at ein kan forvalte rolla på ulikt vis. Dei har ulike tankar kring utvikling av rolla, der å få søvn inn i utdanninga, ta kurs og auke tverrfaglegheita vert føreslått.

Det er gjort mykje forskning på fagfeltet søvn, men relasjonen mellom søvn og fysioterapi er framleis lite undersøkt. Frå ein fysioterapeutisk ståstad er det difor nærliggjande å anta eit behov for meir forskning og merksemd på fagfeltet. Å vidare undersøkje fysioterapeutar si haldning til søvn, og kartlegge fleire synspunkt kan vere av interesse for vidare forskning. Vi håpar oppgåva kan hjelpe fysioterapeutar å betre forstå pasientgruppa og søvnevanskar som fenomen, samt bidra til vidare diskusjon og auka fokus på søvn blant noverande og framtidige fysioterapeutar.

7.0 Litteraturliste

- Altevogt, B. M. & Colten, H. R. (2006). *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11617>
- Bjorvatn, B. (2012). *Søvnsykdommer: Moderne utredning og behandling*. Fagbokforlaget. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016021608257
- Bjorvatn, B. (2016a, 6. september). *Normal søvn*. Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/nasjonalkompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/normal-sovn>
- Bjorvatn, B. (2016b, 20. september). *Søvnhygiene—Gode råd ved søvnproblemer*. Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/nasjonalkompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnhygiene-gode-rad-ved-sovnproblemer>
- Bjorvatn, B. (2018, 14. februar). *Behandling av langvarige søvnproblemer uten medisiner*. Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/nasjonalkompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/behandling-av-langvarige-sovnproblemer-uten-medisiner>
- Bjorvatn, B. (2021). *Bedre søvn: En håndbok for deg som sover dårlig* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Bjorvatn, B., Meland, E., Flo, E. & Mildestvedt, T. (2017). High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Family Practice*, 34(1), 20–24. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw107>
- Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Waage, S., Holsten, F. & Pallesen, S. (2020). *Nasjonale anbefalinger for utredning og behandling av insomni*. Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/Nasjonale%20anbefalinger%20for%20utredning%20og%20behandling%20av%20insomni.pdf>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine.

Science, 196(4286), 129–136. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>

Forsetlund, L., Vist, G. E., Hov, L. & Aamland, A. (2019). *Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: En systematisk kartleggingsoversikt*. Folkehelseinstituttet.

Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning* (FOR-2019-03-15-410). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-410>

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. (2021). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m* (FOR-2021-06-24-2191). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2021-06-24-2191>

Gerlach, J. (2006). *Søvn: Om betydningen av en god nattesøvn og om søvnmekanismer, søvnproblemer og søvnbehandling* (O. Lingjærde, Overs.). Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016090948067

Gervais-Hupé, J., Filleul, A., Perreault, K. & Hudon, A. (2022). Implementation of a biopsychosocial approach into physiotherapists' practice: A review of systematic reviews to map barriers and facilitators and identify specific behavior change techniques. *Disability and Rehabilitation, ahead-of-print*(ahead-of-print), 1–10. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2094479>

Helfo. (2019, 28. mars). *Regelverk for fysioterapeut*. Helfo. <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-fysioterapeut>

Helse Bergen. (2018a, 1. januar). *Søvnlidelser*. Helse Bergen. <https://helsebergen.no/behandlinger/sovnlidelser>

Helse Bergen. (2018b, 14. februar). *Insomni*. Helse Bergen. <https://helsebergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/insomni>

Helsedirektoratet. (2017, 16. januar). *Søvn og søvnevansker*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnevansker>

Helsepersonelloven. (2000). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Herrero Babiloni, A., De Koninck, B. P., Beetz, G., De Beaumont, L., Martel, M. O. & Lavigne, G. J. (2020). Sleep and pain: Recent insights, mechanisms, and future directions in the investigation of this relationship. *Journal of Neural Transmission*, 127(4), 647–660.

<https://doi.org/10.1007/s00702-019-02067-z>

Høstmark, C. B. (2019). Fysioterapeuten bør spørre om søvn. *Fysioterapeuten*, 86(5–19), 40.

Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: Metoder og arbeidsmåter* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E.

(2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 2011:1).

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.).

Universitetsforlaget.

Meld. St. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-31-20182019/id2660993/>

Norsk legemiddelhåndbok. (2023, 29. mars). *Insomni*.

<https://www.legemiddelhandboka.no/T5.2.2/Insomni>

Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalter, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26(6), 675–700.

<https://doi.org/10.1111/jsr.12594>

- Siengsukon, C. F., Al-dughmi, M. & Stevens, S. (2017). Sleep Health Promotion: Practical Information for Physical Therapists. *Physical Therapy*, 97(8), 826–836.
<https://doi.org/10.1093/ptj/pzx057>
- Sivertsen, B. (2014, 30. juni). *Søvnvansker i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/>
- Sivertsen, B., Lallukka, T., Petrie, K. J., Steingrimsdóttir, Ó. A., Stubhaug, A. & Nielsen, C. S. (2015). Sleep and pain sensitivity in adults. *Pain*, 156(8), 1433–1439.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000131>
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., Nielsen, G. H. & Nordhus, I. H. (2006). Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 295(24), 2851–2858.
<https://doi.org/10.1001/jama.295.24.2851>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utgåve). Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2015112308002
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Walker, M. (2017). *Hvorfor vi sover: Om å utnytte søvnens og drømmenes kraft* (1. utg.). press. https://bibsyst-almaprmo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay/BIBSYS_ILS71551378060002201/HIB
- Wilhelmsen-Langeland, A. (2020). *Våkne opp!: Om søvnens psykologi* (1. utg.). Gyldendal.
- Wilson, T., Pallesen, S. & Bjorvatn, B. (2017). Kartlegging av søvnkunnskaper hos leger, psykologer og annet helsepersonell ved hjelp av Dartmouth Sleep Knowledge Survey. *SØVN*, 9(1), 8–13.
- World Health Organization Department of Human Resources for Health. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. World Health

Organization.

Liste over tabellar og vedlegg

Tabell 1. – Presentasjon av informantane, s.13.

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Intervjuguide

Innleiing

- Introduksjon.
 - Takk som stiller opp!
 - Formålet med intervjuet.
 - Anonymitet: korleis vert data behandla?
 - Avklare løyve til lydopptak.
 - Kort gjennomgang, tidsbruk.
-

START OPPTAK

Generell informasjon.

- Kan du fortelje kort om relevant utdanning og tidlegare yrkeserfaring?
 - Kva erfaringar har du som fysioterapeut med søvn og søvnevanskar?
 - Kva type pasientar? Alder, kjønn, situasjon? Kva type problematikk kjem pasienten med? Kva type søvnevanskar har pasienten?
 - Korleis påverkar søvnevanskar situasjonen til pasienten: helse og funksjon?
-

Kartlegging av noverande situasjon, erfaring.

- Korleis forhold du deg til pasientar med søvnevanskar?
 - Legg du vekt på spesielle ting i undersøking og behandling av pasientar med søvnevanskar?
 - Oppfattar du at fysioterapeutar har fokus på søvn og søvnevanskar?
 - Kva profesjonar kan arbeide med søvnevanskar, og har du samarbeida med nokre av desse?
-

Kva rolle kunne vi hatt i framtida, tankar.

- Kva rolle tenkjer du fysioterapeutar har ovanfor søvnproblematikk, og korleis bør den utvikle seg?
 - Kva kan det ha å seie for fysioterapiyrket å utvikle rolla vår innan fagfeltet søvn?
-

Avslutningsvis

- Problemstillinga vår: «Kva tankar og erfaringar har fysioterapeutar om rolla vår ovanfor søvnvanskar?». Dersom du skulle trekkje ut det viktigaste i det vi har snakka om i forhold til den, kva ville det vert?
 - Er det noko relevant du tenkjer vi ikkje har teke opp, eller noko du vil legge til?
 - Kan vi kontakte deg igjen om det vert aktuelt?
 - Takk for at du stilte opp!
-

SLUTT OPPTAK

Vedlegg 2 – Samtykkeskjema

Vil du delta i bachelorprosjektet

“Fysioterapeutars rolle ovanfor søvnevanskar”

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt der formålet er å undersøke fysioterapeutars erfaringar med, og tankar rundt, rolla vår i undersøking og behandling av pasientar med søvnevanskar. I dette skrivet gir vi deg informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking vil innebere for deg.

Formål

Formålet med bacheloroppgåva er å få eit innblikk i fysioterapeutars erfaringar og tankar om vår rolle i undersøking og behandling av pasientar med søvnevanskar. Vi har avgrensa problemstillinga til å omhandle pasientar i aldersgruppa 18-67 år, med søvnevanskar som komorbiditet. Fokuset vil ligge på fysioterapeutar og pasientar i primærhelsetenesta. Vi ynskjer å undersøke om fysioterapeutar fokuserar på søvn, og tankar om vår rolle ovanfor pasientar med søvnevanskar.

Dette prosjektet vil utgjere bacheloroppgåve i fysioterapi.

Opplysningane som samlast inn skal ikkje brukast til andre formål enn skissert i dette prosjektet

Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarleg for prosjektet.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

Du spørjast om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring med søvnevanskar.

Kva inneberer det for deg å delta?

Dersom du vel å delta i prosjektet inneberer det at vi vil gjennomføre eit intervju med deg. Det er utarbeida ein intervjuguide som omhandlar spørsmål om dine erfaringar om det aktuelle tema. Sjå vedlagt intervjuguide. Det vil ta deg ca. 30-60 min. Vi tek lydopptak og notat frå intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake utan å gi opp nokon grunn. Alle dine personopplysningar vil då slettast. Det vil ikkje ha nokon negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vel å trekke deg.

Ditt personvern – korleis vi oppbevarer og nyttar dine opplysningar

Vi vil berre nytte opplysningane om deg til formåla vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandlar opplysningane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Berre vi som studentar vil ha tilgang til data.

Lydopptaket vil lagrast i passordbeskytta pc, og slettast etter transkripsjon. Namn og kontaktopplysningane dine vil erstattast med ein kode som lagrast innelåst og åtskild frå øvrige data.

Ingen vil kunne kjenne deg igjen i den skriftlege teksten.

Kva skjer med opplysningane dine når vi avsluttar forskingsprosjektet?

Opplysningane vert anonymiserte i bacheloroppgåva, alle andre data slettes når bacheloroppgåva godkjennast (seinast ved utgangen av august 2023).

Kva gir oss rett til å behandle personopplysningar om deg?

Vi behandlar opplysningar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag frå Høgskulen på Vestlandet har Personverntenestar vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiserast i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i kva personopplysningar som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningane,
- å få retta personopplysningar om deg,
- å få slettet personopplysningar om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar.

Kvar kan eg finne ut meir?

Dersom du har spørsmål til studien, eller ynskjer å nytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudent:
- Rettleiar:
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarleg førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no
- Vårt personvernombod: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

Dersom du har spørsmål knytt til Personverntenesta si vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntenestar på e-post (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennleg helsing

Underskrift rettleiar
(Rettleiar og lærer ved fysioterapeututdanninga)

Underskrift studentar
(Studentar)

Samtykkeerklæring

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "fysioterapeutars rolle ovanfor søvnavanskar", og har fått anledning til å stille spørsmål. Eg samtykker til:

- å delta i intervju

Eg samtykker til at mine opplysningar behandlast frem til prosjektet er avslutta

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Vedlegg 3 – Orientering om bacheloroppgåva

ORIENTERING OM BACHELOROPPGAVEN (STUDENTKULL F20)

Bacheloroppgaven utgjør en del av avsluttende eksamen i fysioterapi. Dette er en selvvalgt oppgave som skal bygge på kunnskaps- og teorigrunnet i bachelorutdanningen i fysioterapi. Emne og problemstilling skal godkjennes av høgskolen. Studenten er selv ansvarlig for oppgavens innhold.

Praksiskontakt

Dersom studenten velger et emne som er praksisrelatert, vil det å etablere nødvendig praksiskontakt inngå som en del av arbeidet med bacheloroppgaven. Høgskolen ønsker at studentene skal få adgang til å innhente informasjon som er relevant for bacheloroppgaven gjennom kontakt med fagpersoner i det aktuelle praksisfeltet, Informasjonsinnhenting vil primært vere i form av intervjuer. *Studentene kan ikke utføre arbeid/gjennomføre prosjekter som krever godkjenning av REK.*

Tidsrammer

Studenten skal arbeide selvstendig med bacheloroppgaven primært i mars – mai 2023. Innleveringsfristen er 15.05.23. Det er i hovedsak mars og begynnelsen april studentene skal ha kontakt med praksisfeltet, men noen ønsker også å innhente data før dette. Intervjuet kan foregå digitalt eller ved fysisk møte.

Veiledningsansvar

Det er høgskolen som har veiledningsansvar for arbeidet med bacheloroppgaven, og hver student eller studentgruppe har en av høgskolens ansatte som veileder.

Etiske og juridiske retningslinjer

Alle studentene har underskrevet taushetsløfte. Studentene er kjent med etiske og juridiske retningslinjer som gjelder ved denne type oppgaveskriving, herunder krav om innhenting av tillatelse og informert samtykke og om anonymisering ved bruk av/innhenting av persondata/pasientdata. Felles meldeskjema er vurdert og godkjent av NSD.

Informert samtykke

Studenten skal innhente skriftlig informert samtykke fra aktuelle informanter før datainnsamlingen kan påbegynnes. Samtykkeskrivet skal vere godkjent av veileder på forhånd.

Med vennlig hilsen

Mona Kristin Aaslund

Førsteamanuensis og emneansvarlig for Bacheloroppgave-emne

Institutt for helse og funksjon, Fysioterapeututdanningen

Høgskulen på Vestlandet

Vedlegg 4 – Transkripsjon intervju 1

Transkripsjon intervju 1

S1: Sånn. Da byrjar vi berre litt sånn generelt først, også lurte vi på om du kan fortelje litt kort om relevant utdanning og tidlegare yrkeserfaring?

I1: Ja. No har eg ikkje teke noka utdanning innanfor søvnevanskar. Eg har vanleg fysioterapi bachelor. Eg har jobba på *poliklinikk på sjukehus*, der vart jo søvn adressert gjennom de teama som eg jobba i, både på *rehabiliteringsklinikken på avdelinga*, og då hadde nevropsykologar som var ein del innom tema. Utover det så jobba dei fleste på *denne poliklinikken* med kognitiv terapi. Så eg har tatt det i etterkant sjølv, og det glir på ein måte litt inn i dette her fordi det vert ein fin introduksjon til å jobbe ut i frå den biopsykososiale modellen da.

S1 og 2: Mhmm.

I1: Og det var vel der eg merka det at blant anna søvn var litt viktig å sette seg litt inn i fordi, når ein fyrst lærer om biopsykososial tilnærming, så vert ein etter kvart ganske flink til å forklare folk korleis psykosoma heng i hop, men så kom vi jo fram til det da ilag med pasienten, av og til, at sånn er det, og at det ikkje berre er biomekaniske drivarar til plagene og då, fekk ein av og til spørsmål; « ja men kva gjer eg med det då?» Og då må ein jo byrje å tenke litt kva kan ein, kva skal ein gjere med det? Og ein kan jo ikkje alltid sende folk til psykolog. Det er ikkje så god dekning i dette landet... Så då er det litt sånn kanskje ein skal begynne å tenke litt på kva ein kan lære sjølv, og då begynte eg å lese litt om søvn blant anna, i og med at det er noko som kan prege veldig mange smerteplaga pasientar. Som dykk seier at dei kjem inn, dette her er jo gjerne ein fylgjetilstand, eller ein del av eit større problem. Det er ofte den kompleksiteten da at når folk har kroniske... eg jobbar mykje med kronisk plaga pasientar, med mykje forskjellige smerteplager **ser seg rundt**. Skal vi sjå... no ringer det nokon til meg **finn telefonen og legg på**.

S1 og 2: **Smiler og ler forsiktig**

I1: Og då vil det gjerne vere slik at du... Du kartlegg litt: kva er drivarane? Kva er det som er utfordringane dine? Og dette skjer gjerne ikkje på fyrstegongs-undersøkinga alltid heller, det

er litt sånn at ein, ein tek litt og litt og dannar seg eit bilete, og etter kvart så skapar ein relasjon der dei kanskje byrjar å opne litt opp om at nettene heller er ikkje, ikkje heilt supre, men mi grunnerfaring er at folk pratar lite om søvnproblema før dei vert spurt om direkte det.

S1: Mhmm.

I1: Men då er det veldig mange som seier ja.

S1: Ja.

S2: Mhmm.

S1: Opplev du at dei [pasientane] syntest det er vanskeleg å snakke om [søvnvanskar]?

I1: Ehm... nei *tenkjer seg om*. Eigentleg ikkje fordi det, det trur ikkje eg er, altså om det fyrst er kome dit at dei kan prate om mentale eller kognitive prosessar så er det ikkje eit problem.

S1: Nei, det er kanskje...

I1: Men viss dei på ein måte er veldig, dei har veldig vondt, men dei vil heller ha fokuset på den muskelen eller, den skuldra, det leddet, så er det ikkje alltid ein spør så mykje om søvnen heller fordi ein, ein ser litt an korleis pasienten tenker sjølv, og dei kjem jo gjerne frå eit ståstad frå før av om, kva dette her er og...

S1: Mhmm.

I1: Men veldig mange da, no er jo det litt sånn, no jobbar eg på ein liten plass og ryktet byrjar no å spreie seg litt om at ein jobbar litt med hovudet også, heldt eg på å seie. Og det gjer kanskje noko med at mi pasientgruppe er kanskje litt i snittet over i forhold til å vere open om å prate litt om sånne ting.

S1 og S2: Mhmm.

S1: Ja. No har vi jo allereie snakka litt om erfaringane du har med søvn og søvnproblematikk, men kan du snakke litt meir om sånn, kva type pasientar er det? Ser du ein samanheng i

alder, kjønn, situasjon?

I1: *kremtar* Ehm. Det er jo lett å sei damer då. For det ser ein meir av, men ein les jo, og ein ser på statistikkar og andre ting, og eg trur ikkje det nødvendigvis seier dei rette tala alltid. Men eg har meir kvinner som eg pratar med om søvnplagar, heilt klart. Kvinner har gjerne desse fleire rollene i heimen, og dei skal også vere... stille opp... godt på yrkeslivet i tillegg til at dei har, ivertfall i dei aller fleste heimar, så er det gjerne dei som tar dei tyngste løfta i dei fleste tinga som har med både organisering og ungar og husarbeid. Så eg trur nok det at det kan disponere, men heilt klart at så ser eg det at det er flest kvinner, men eg har også veldig mange unge menn, som eg pratar ein del med, og det er jo gjerne folk som har komplekse smerteplager. Ein del av dei har allereie fått ei fibromyalgidiagnose, kva no enn dei eigentleg legg i det dei som set denne diagnosen er jo eit interessant spørsmål i seg sjølv. Det er ei bacheloroppgåve i seg sjølv det også.

S1 og S2: *ler forsiktig*.

I1: Men, det er jo typisk; dei kjem inn, dei har gjerne spenningar i nakke/skulder, smerter brystrygg, hovudverk kanskje, ordleiding... du merkar at når dei kjem inn med sånne symptom også, opnar ein litt opp for å prate om kva andre ting som er påverka. Konsentrasjon, søvn... og då stiller du nokre slike spørsmål. Så er det ofte, du kan eigentleg sei med ein gong dei kjem inn at her er det sikkert nokon som, ja, slit med å sovne inn når hjernen vert åleine. Eller ikkje er distraherert med ungar og tv og jobb og vennar.

S1: Mhmm. Også finst det jo ei rekke ulike søvnvanskar, men er det insomni... veit du kva type søvnvanskar du ofte møter?

I1: Eg har hatt eit par stykk med insomnia, men det er mest desse her som... det er klart no kjem dei til meg ikkje fordi at dei er blitt diagnostisert med søvnvanskar, så dei har jo ikkje noko begrep om det sjølv, dei har ikkje noko diagnosekode på det. Det er jo berre sånn; oi, ja no var det ein som spurde om det, det har eg ikkje blitt spurt om før. Og det slår meg det at det er mykje tankekøyr då. At det er på ein måte der det, når huset vert stille og ungane er lagt og alt er liksom ro. Eller for all del ikkje berre vaksne med barn, men også unge gutar og jenter som, kanskje fyller hovudet sitt med gaming for eksempel. For eg tenkjer dette her er sånn, det er jo ein distraksjon, å spele 16 timar kvar dag på ei datamaskin ikkje sant, og når

du legg deg til då klokka to-tre om natta så er det veldig vanskeleg å få sove, og då, må vi prøve å finne ut kva faktorar er det som spelar inn her. Ja altså sitt du og drikk Burn og Red Bull, og Monster til klokka var to så kan jo det vere ein ganske sterk bidragsytar. Men, då kartlegg vi litt det.

S1: Mhmm.

I1: Då finn vi ut kva slags faktorar er det som held deg vaken om nettene?

S1: Ja. Sånn i forhold til helse og funksjon då, som stikkord. Korleis føler du at søvnevanskane påverkar dei pasientane du møter?

I1: Vanskeleg utan å bli påverka av det eg har lest då *ler litt*. Same som at ein veit liksom kva som førar til diverse plager, men ehm..., altså smertefyring, sentral sensitivering i nervesystemet tenkjer eg er ein viktig faktor. Dette at ein ikkje får fylt opp energilagra, igjen, det er jo prega... eg ser jo ikkje energilagra deira, men ein har på ein måte ei kjensle... Altså, dei pratar mykje om fatigue, dei pratar om å ikkje strekke til, dei pratar om konsentrasjonsvanskar, auka smertefyring som hoppar rundt i kroppen, og lite energi, og dårleg konsentrasjon. Det er slike ting som går igjen.

S1 og 2: Mhmm.

I1: Dei går ned trappa og skal hente noko, og så kjem dei ned i kjellaren og berre: «Kva var det eg skulle her?»

S1: Ja.

I1: Men det er slike typiske ting, når eg ser at dei har utbreia smerteplagar, så spør eg: «Korleis går det er med søvnen din?»

S1: Mhm.

I1: Så seier veldig mange ganske fort: «dårleg».

S2: Mhm.

S1: Ja.

I1: Eeh også spør eg liksom: «kan du sei litt meir om det og korleis det kanskje påverkar deg?» Også er det veldig mange som har kanskje litt vanskar med å sei det, men så gjev eg nokre eksempel på ein pasient eg akkurat har hatt då... liksom *gestikulerer hermeteikn*, der eg pratar litt om ordleiding, og det å sitje blant venninner på ein kafé, eller med kompisane og dei sit og pratar og du fell litt inn og ut av samtalen, og at du skal liksom ut å finne, og så: «kva skal du finne?» Du skal finne, du skal finne... *lagar sirkclar ved hovudet for å gestikulerer at ein tenkjer*. Også: «snøfresar»! Det ordet dukkar liksom ikkje opp då. Sånne ting som dette her: gå ned trappa, komme ned, «kva var det eg skulle her?». Du ser folk flirer jo litt, sant, for dei kjenner seg veldig igjen i det.

S1 og 2: Mhmm.

I1: Det å gje nokre dømer av og til då, prøve å ikkje putte ord i munnen på folk. Men det kan jo også vere ein del av symptomet, det at dei ikkje klarar å hente det fram på ståande fot [ordet dei leitar etter], men når du då gjev eit par dømer så sånn: «heh, ja der» *rekk opp handa for å demonstrere at ein hugsar noko*. Der er eg.

S1 og 2: Mhm.

I1: Så det. Eg ser vel mest av desse med fatigue, utbreia smerte og konsentrasjonsutfordringar.

S1: Mhm. No høyrer ein jo at du på ein måte spør om det i anamnesa... Korleis er det du fyl det opp i vidare? Korleis forhold du deg til dei pasientane når du har fått, når det er kome fram at det er søvnevanskar i biletet?

I1: Med utbreia smerte med mange ting, med mange vondtar, så er det veldig fort, altså ein del av desse her har jo vert til ganske mange behandlarar før dei kjem til meg.

S1: Mhm.

I1: Og det er også ein, nei det er jo ei ulempe på ein måte. Eg brukar ofte å sei at alle tidlegare behandlarar kan vere eit potensielt gult flagg, for dei har prega pasienten med ei viss forståing, sant. Så du må på ein måte prøve å kartleggje litt kva, kva slags verdsbilete har denne pasienten eigentleg på plagene sine? Tenkjer dei at dei har eit framoverrotert bekken

som gjer at nakken er smertefull og at ein har hovudverk? Har ein fått eit røntgenbilete som nokon har skildra som det verste dei har sett på lenge? Altså, vi må på ein måte tenkje litt basalt der, fyrst på: Kvar er pasienten? Kva verdsbilete har den? Også prøvar eg å, fyrst at dei vert litt einige om det at psykosoma, den biten der på ein måte er underforstått, også kan vi arbeide vidare med dei andre tinga. Men at eg brukar å kartleggje, ja, sett no at dette her er ein samansett problemstilling, så brukar eg ofte å fortelje litt om det at eg tenkjer at søvn er ein av dei store, viktige tinga i forhold til smertehandtering. Altså, hadde søvn vore ei pille så hadde det vert ei ganske dyr ei.

S1 og 2: Mhmm. *nikkar og smiler*

I1: Det er på ein måte, ein skulle liksom, ja: «make sleep sexy again» liksom. Det hadde vore bra. Fordi det er på ein måte masse helse-benefits med det, men det er på ein måte litt... eg føler liksom det er litt sånn ut-tygd. Litt sånn som at røyk ikkje er bra for oss, ikkje snus heller og ikkje alkohol, men vi gjer det likevel. Alle veit at trening og søvn er bra, men det stoppar liksom likevel, sant. Så då prøvar ein å spørje litt ut om: «Kva er det du trur sjølv som gjer at du ikkje får god søvn?»

S1: Mhmm.

I1: Og då er det jo nokon som ikkje har peiling, og andre dei seier ofte det at dei har ungar og eit travelt liv, og det gjer det at dei føler at dei må ha den tida for seg sjølv. Så dei strekk døgnet med tv, iPad, data, telefon. Og då kan ein jo stille spørsmål igjen om liksom dei anser... eller veit dei noko om kva ein iPad eller ein telefon kan gjere med søvnen.

S1: Mhmm.

I1: Også spør ein litt om koffeinbruk, og litt om korleis ein har det. No har eg skrive ein artikkel om søvn, så eg brukar å spørje dei om dei kan lese den til neste gong også pratar vi litt, også spør eg dei neste gong: «kva tenkjer du om dette? Kjente du deg litt igjen?».

S1: Mhmm.

I1: For der er det liksom ramsa opp åtte punkt, der det er litt sånn kva ting som kan påverke i forhold til søvntrykket og den type ting då. Og det kan jo starte ein del artige diskusjonar.

S1: Ja, mhm.

I1: Så då er det jo koffein, og det er soveromstemperatur, mørket, PC-bruk, altså alt med blå skjerm, og då kartlegg vi det litt saman.

S1: Ja, og det kan på ein måte gjevast som råd då? Til korleis ein kan betra søvnhygiene?

I1: Mhmm, ja! Altså, dersom ein tar, veldig mange har jo ikkje tenkt på korleis koffein påverkar søvn til dømes. Det hadde eigentleg ikkje eg heller før eg byrja å nerde litt på temaet då. Fordi eg kan drikke kaffi klokka 23.00 og sovne 23.30, det er ikkje noko problem. Og den er jo klassisk, og då tenker ein at då er ein ikkje ein av dei som har problem med å få sove. Men så har det noko med djupna på søvnen då. Og det er der på ein måte magien skjer: kor djupt kjem du ned, sant? Er du på eit REM-nivå, som er på toppen, så er jo det draumesøvn.

S1: Mhm.

I1: Der skjer ikkje så mykje anna enn det. Og det kan jo også vere ein sånn, når ein byrjar å snakke om det så er det veldig mange som seier: «ja, eg drøymmer mykje». Ok, ja... *nikkar sidevegs for å uttrykke tvil*. Også vaknar du dagen etterpå og føler deg ganske ut-tygd. Javel, det kan vere eit teikn på at du søv lett, og ikkje i så god, i djup søvn då.

S1: Mhm.

I1: Ja. Også snakkar vi litt om det med korleis er det med koffeinbruk, og då fortelje litt om det med at koffeinen det kan hemme adenosin, slik at søvntrykket, det vil ein jo gjerne skal vere høgt slik at du vert slått djupt ned brukar eg å seie då. Medan har ein mykje koffein i kroppen så må jo det adenosinet kjempe seg igjennom det. Og det kan jo påverke kor djupt ned du kjem.

S1 og 2: Mhmm.

I1: Så pratar vi gjerne litt om blåskjerm, zapping på telefonen på sengekanten, det er jo ein klassikar. Om ein adresserer dette med folk som seier: «Eg har dårleg søvn, eg søv fire fem timar, eg føler meg dårleg kvar morgon eg vaknar. Eg har mykje smerter, eg har lite konsentrasjon, eg har lite overskudd. Og då er dette her litt sånn, då kan vi seie at då er søvn

mest sannsynleg eit viktig problem å adressere.

S1: Mhm. I forhold til behandlinga av desse pasientane, er det noko du legg vekt på der?

I1: Det er veldig individuelt da.

S1: Ja.

I1: Men som eg seier til dei: Viss du søv veldig dårleg, så er det ein av dei store tinga ein skal ta tak i.

S1: Mhmm.

I1: Og dette er jo folk som kanskje har fått tretti tusen i nakkebehandling også, ikkje sant? Også vert ikkje dei betre, men det er ingen som pratar med dei om søvn. Eller korleis dei har det elles? Det kan jo vere eit samlivsbrot eller ein unge eller to i utreiing for diagnosar, og masse krøll på skule, altså det er jo veldig mange ting i livet som påverkar dette her, så vi prøvar jo å adressere det som at kroppen er eit økosystem, og at alle ting påverkar kvarandre.

S1: Mhm.

I1: Og at alle ting påverkar kvarandre. Slik at når alt er vondt, men det er forskjellig frå dag til dag kvar det er smertefullt. Også kan ikkje vi fare rundt og sette dei opp på timar og spør: «Ja, kvar det er vondt i dag?», «ja, høgre skulder», «ja men då masserer vi den i dag», «også, venstre korsrygg», «javel då masserer vi der i dag». Det vert jo ein pasient som berre går der. Så, det å skape ein kunnskap, ei forståing for at dette her er på ein måte ei samansett liding der ein må ta tak i dei store basale tinga fyrst, også kan vi sjå kva som sit igjen etterkvart. Søvn, at dei et regelmessig, at dei prøvar å gjer noko som gir dei noko. Om dei går ein tur, spring på fjellet, eller om dei, kva som helst, men gjerne noko fysisk aktivt som ein får litt puls, i forhold til kanskje å forbrenne ein del stresshormon, sånne type ting. Det tenkjer eg er viktigare enn at dei får eit bilete av at noko må justerast med ein massasjepistol eller benkebehandling. Klarer vi å skape den der: Eg bryr ikkje meg om kva. Du må ikkje på treningsstudio. Kan du gå ein tur på podcast, kan du ta ein tur på *fjellet* med ei venninne eller ein kompis. Eller kan du... kva tenkjer du du kan gjere for å få litt puls?

S1: Mhmm.

I1: Og da har du alt i frå nokon som stå med Wii og *veivar med armane for å mime rørslene dei gjer*, tenniskampar og slik, og nokon dei spring intervall på mølle og, nokon går tur.

S1: Mhmm.

I1: Eg prøvar liksom å gi dei noko som dei sjølv kan tenke er eit alternativ for seg sjølv, også prøve å styre litt dette her med at... *kremtar*. Ja... kanskje koffein bør kuttast tidlegare på dag, kanskje ein bør prøve å unngå store måltid eit par timar før ein skal legge seg. Og det same gjeld eigentleg alt av blåskjerm. Også er det der, då kjem den kompleksiteten med at det er jo gjerne ei escapisme på nattetid, at du ser på telefonen din fordi du ikkje har lyst å berre ligge rett opp og ned for då kjem... [tankane] *lagar sirkclar ved sida av hovud for å demonstrere at ein tenker*. Då seier eg alltid at då kan dei lese artikkelen min, for den kan det hende dei sovnar av i seg sjølv, også kanskje dei lærer noko. Det... er sånn, den standard, den går igjen, det må eg innrømme. Men så kan dei lese denne for eksempel *viser fram boka «Why we sleep» av Matthew Walker*. Eller berre lese ei bok på papir, som ikkje lyser blålys *gestikulering at noko kjem mot ein*, og stimulerer melatonin. Ehm eg tenkjer, eg seier vi kan prøve det som eit prosjekt da. For det er veldig mange som seier at dette er vanskeleg.

S1: Mhmm. *Nikkar bekreftande*

I1: Eg seier: «Kan vi ikkje prøve eit prosjekt? Dersom vi seier ei veke, eller to veker. No tek vi det som eit prosjekt. Så kuttar du mat to timar før du legg deg. Du kuttar blåskjerm to timar før du legg deg. Du drikk ikkje kaffi etter klokka to». Tar du ei eining med kaffi, tar det 14 timar å få den ut av systemet. Berre å sei det til folk er ganske verknadsfullt. Så seier ein «ok, eg skjønar det at dette her er tungt liksom, dette er di tid og alt mogleg, men visst du går med på prosjektet også møtast vi om to veker også ser vi, og tenkjer ja no går du litt inn for det». Så kan vi jo diskutere da, når du kjem igjen om to veker, og visst du føler deg akkurat like lite energisk, like u-utkvilt, og konsentrasjonen er like dårleg, og smertene er like sterke, og du har gjort alt det eg har sagt. Javel. Då tar vi det derfrå, også finn vi på noko nytt. Men vi har ikkje kome dit enda. At det dei kjem og seier sånn «ja, no er alt like dårleg».

S1: Nei.

I1: Og det er jo litt sånn i understrek også, dette er ikkje fordi eg har vore på eit helgekurs om søvn. Dette er forskingsbasert, at søvn har ein veldig tungt påverknad på helse.

S1: Mhmm. Opplev du at andre fysioterapeutar, fysioterapeutar generelt har fokus på søvn?

I1: Nei. Det, det har eg ikkje *ler oppgitt*. Eg las litt i det skjema dykkar, også tenkte eg «hmm», må jo berre svare så ærleg som det er. Eg har overhovud ikkje kjensla av at dette vert fokusert på. Også er eg litt sånn, utdanninga kunne sjølvsagt ha fokusert meir på det *sukkar*. Eg hugsar jo sjølv når eg gjekk på *utdanninga* at det var «Kommunikasjon og relasjonar» eller kva den heiter, av Eide og Eide. Den brukte dei fleste i klassa mi som dørstoppar, fordi den trengte ikkje vi *ironisk*. Vi skulle jo bli manuellterapeutar og sportsfysio alle saman. Så det var jo fyrste boka eg selde ubrukt når eg var ferdig som student. Og no arbeidar eg med kognitiv terapi og les stort sett veldig mykje litteratur om kommunikasjon og relasjon. Så eg trur det er veldig mange, kunne sikkert med fordel ha fokusert meir på det, men eg veit, veit ikkje om det er nokon spesiell grunn til at det er sånn. Det er ikkje så mange som pratar om seksual påverknad heller i forhold til skadar og plagar, eg veit ikkje om folk opplev det som litt intimt å spørje om eller kva det er.

S1 og 2: Mhmm.

S1: Ehm. Ja, så er det dette her med andre profesjonar som kan arbeide med søvn. Du nemnde jo psykologar eller nevropsykologar i starten...

I1: Mhmm. Ja.

S1: Og om du arbeidar med nokon andre profesjonar?

I1: Ja, når eg var på rehabiliteringsklinikk i spesialisthelsetenesta og hadde ein nevropsykolog to meter bort i gangen så gjekk det. No jobbar eg som privat fysioterapeut i ei lita kommune, og det gjer jo det, her er jo ikkje psykologar. Altså kommunepsykologane arbeidar jo med system og ikkje med pasientar, og dykk har sikkert folk dykk kjenner også som eigentleg er oppegåande folk, men som kan ha problem med søvn. Hadde dykk sendt dei til DPS for ei vurdering liksom? Dei hadde jo fått blankt avslag, sant. Du er jo ikkje i nærheita plaga nok til

at vi kan prioritere deg, slik at då vert det eit slik veldig stort vakuum. Det einaste eg ser som på ein måte vert då ein sånn, middelveg, er å etablere eit samarbeid med kommunepsykiatrien. For der har jo dei psykiatriske sjukepleiarar med kognitiv terapi utdanning. Så dei kan jo vere, men eg veit eigentleg ikkje korleis dei jobbar, det er jo noko som vi har jo på plakaten at vi skal ha eit møte, prate litt om korleis dei jobbar og kva eg kan nytte dei til. Men det vert veldig mykje, eigentleg berre det eg seier, også kanskje fastlegen er med, det er jo nokre tilfelle der ein berre har sett at no har vi prøvd alt men det går ikkje. Også... då prøvar ein søvnmedisin da.

S1: Mhmm.

I1: Og det er jo litt sånn... les ein litt om søvn så, så er ikkje det veldig føretrekt. Så det har jo skjedd to gongar da.

S1: Mhmm.

I1: Men då var det litt sånn, vi må berre prøve å nullstille dette litt og sjå. Kanskje med nokre veker med, dopa søvn da, så kanskje ein klarar å prøve på nytt igjen med den konservative tilnærminga om ein skal kalle det det. Så neidå, det er veldig lite å spele på det må eg seie. Det er ikkje mange som gjer det. Generelt sånn kunnskapsutveksling, det er vanskeleg å arbeide. Altså legane, slik som her i kommunen så har dei veldig lite... dei er flinke å svare, men dei har jo aldri tid til møter eller fagmøte eller slike ting. Nabokommunen dei tar imot oss når vi spør da. Så der skal vi ha eit møte der vi pratar litt meir om dette med biopsykososial tilnærming og kva vi fokuserar på og kva vi kan spele på lag med då.

S1: Mhmm.

I1: Så det står på agendaen. Vi har akkurat vore der og prata om det, ikkje sant. Om idrettsskadar så, neste gong vert det meir på dette nivået då.

S1: Mhmm.

I1: Mhmm.

S2: Du har jo erfaring frå både primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta, men opplev du nokon veldig, eller nokon skilnad i fokuset på søvn i dei to delane av helsevesenet?

I1: Ja altså. Eg trur jo det sånn som når eg jobba på rehabiliteringsklinikk, der det var eit team, så var det jo inneliggjande pasientar. Det ber jo preg av vi har meir tid. Er du med ein fastlege, så har du 15-20 minutt, er du inneliggjande på *rehabiliteringsopphald* så er du jo inneliggjande i tre veker til tre månandar.

S2: Ja.

I1: Der e jo folk som ser til deg 24 timar i døgnet, så det er jo lettare å kartlegge behov. På mange måtar, alt handlar jo mykje om tid da. Men eg er jo forkjempar av at... ein må forstå det at vi kan få til veldig mykje med enkle grep viss ein kan fokusere på, sånn som dette med søvn, det er ikkje så veldig vanskeleg.

S1 og S2: Mhmm.

I1: Det er ikkje vanskeleg å gje folk litt edukasjon på det. Om du klarar å snu dei, det er noko heilt anna. Om den småbarnsfarens treng tre timar med Yellowstone før han legg seg, fordi at han har heldt på med ungane sine heile tida fram til ni-ti. Så kanskje ok, for ei periode så kanskje er det ein måte det han treng for å få litt sånn mental nullstilling da. Men då kanskje ein kan utfordre det litt også med å seie: «Ok, men treng det å vere kvar dag? Eller kunne du ha hatt litt sånn måndag, fredag, eller måndag, onsdag, søndag? Då er det litt meir fokus på dette, også kan du ha litt sånn eigentid, vaksentid, desse andre dagane». Alt vil jo mest sannsynleg kunne hjelpe.

S1 og S2: Mhmm. *nikkar anerkjennande*

S1: Dersom ein ser på ein måte litt sånn framover. Kva tenkjer du om den generelle rolla vår som fysioterapeutar? Korleis den burde utvikle seg i forhold til søvnevanskar?

I1: Det fyrste som slo meg var at fysioterapeutar bør få tilgang til å bli primærkontaktar dersom dei ynskjer det sjølv. Eg veit ikkje om dykk kjenner til primærkontaktrolla, kva det inneber? Har dykk lært om det på skulen?

S2: Nei du kan gjerne utdjupe.

I1: Det er ikkje noko vi lærte vi heller. Primærkontakt, då er du på ein måte ein knytteperson i helsevesenet sånn som per no så er det legar, fysioterapeutar, og nei,

manuellterapeutar, og kiropraktorar.

S2: Mhmm.

I1: Også korrigerer på manuellterapeutar, dei er fysioterapeutar også. Så eg er ikkje på den sida i den konflikta der, men det er ein digresjon. Så er du kiropraktor, lege eller manuellterapeut i Noreg då kan du vere primærkontakt. Og det er jo eigentleg eit krav i Noreg. Då tar du eit ekstra kurs innanfor radiologi og litt sanna i forhold til dokumentering. Og i enden av det har du då ei rolle der du kan sjukmelde, tilvise til spesialist og du kan tilvise også til biletdiagnostikk. Og det, altså, manuellterapeutar og kiropraktorar kan sjukmelde inntil sju veker trur eg. Fastlegane kan jo sjukmelde for alltid heldt eg på å seie, men det er kanskje noko som eg tenkjer kunne ha vore eit viktig steg for fysioterapi i Noreg. Eg trur nok mange har heldt igjen litt den der at ein ikkje skal ha det til alle fysioterapeutar, og det tenkjer ikkje eg er nødvendig heller, men dei som har ynskje om å vere ein primærkontakt bør få moglegheita til å bli det. Fordi at veldig mykje av det eg driv med med pasientar, då skriv eg ein rapport om kva eg meiner bør skje med denne pasienten også sender eg det til fastlegen. Også må pasienten kontakte fastlegekontoret og få seg ein time der for å diskutere det eg har skrive og det endar stort sett opp i at dei gjer det eg sa. Og då gjeld det også søvn, at ein ser det at dette her er ein person som slit på fleire frontar, her kanskje han treng ei sjukmeldingsperiode no der vi berre får ro. Til å, ok, om det er slik at ein har vondt så ein vaknar av det, så er ikkje det då alltid foreinleg med å stå opp klokka sju og skulle vere på jobb klokka åtte. At ein kan tilvise til biletdiagnostikk dersom ein mistenkjer at det er noko fare på fære då elles liksom, så kan det også vere ein ting som kan vere med på å trygge pasienten, sjølv om ein ikkje skal nytte biletdiagnostikk i hovudsak for å trygge men... Har dei gått veldig, veldig lenge og hatt veldig mykje plager, og dei har veldig sterke mistankar sjølv, så er det av og til, den prislappen på å ta den MR-scannen er kanskje lågare enn den kostnaden samfunnet har med å ha ein pasient som går ute av arbeidslivet, og eine med det andre då.

S2: Ja.

I1: Så eg tenkjer, det er ein ting. Også tenkjer eg at fysioterapeutar bør i langt større grad utdanne seg innan kognitiv terapi, og bør også fordjupe seg meir innan søvn. Eg gjer jo det fordi at eg meiner det er viktig. Det er jo fordi at ein ser at det er eit, det er eit terreng som

ikkje har blitt så veldig bevandra då. Eg har jo veldig mange pasientar som går med veldig mange behandlarar, og når eg spør litt kva ein har teke tak i før... og det er ikkje for å påpeike kva manglar dei har i sine utreiingar, det er jo meir for å ikkje «trække opp igjen same råsa» ein gong til og håpe på eit heilt nytt resultat.

S2: Mhmm. *nikkar anerkjennande*

I1: Og då går det veldig ofte igjen det at ein har fått veldig lite spørsmål om korleis ein egentleg har det, og korleis ein søv, og korleis dei egentleg føler dette sjølv. Og det er jo litt rart egentleg, for då høyrst det ut som du har vore på bilverkstad.

S1: Mhmm.

I1: Der er jo eit menneske inni det skalet der då.

S2: Mhm. Har du på ein måte opplevd at... eller du sa jo at folk veit litt kva du driv med, at du kanskje har meir fokus på det psykiske og, men opplev du at nokre pasientar vert litt slik, lurar på kvifor du spør om søvn?

I1:Ja!

S2: ...at du møter motstand der på ein måte?

I1: Ja! Jadå, nokre seier det direkte og andre vert jo forkjøla og kjem aldri attende. Og då kan ein jo berre tenkje, kanskje dei var forkjøla, blei bra igjen *ironisk*. Men det er på ein måte noko ein lærer med erfaring, både ny og, ny i gamet og slik og har byrja og prate om biopsykososial påverknad, så var eg nok litt meir sånn «oi, shit no tråkka eg i salaten». Men av og til så er kanskje jobben vår å trække i salaten. Også er kanskje ikkje det rett for pasienten fordi dei syntest det vert for nært, og det eg tenkjer: «ok». Også er ikkje vi der for å fikse alt, men vi må kanskje belyse nokre faktorar, for dei kjem jo og spør «Kva kan vi gjer med dette»? Og dersom vi då ser at der ein person som er nær å amputere beina sine og han sit å røyker, skal du då ikkje påpeike at det kanskje det er lurt å slutte å røyke? Berre fordi at det kan virke litt støytande? Eller sånn som dette med søvn også, det er jo utruleg mange grunnar til det, men dei store tinga som går igjen er dette med at dei har ein eller annan form for eskapisme der dei må sjå på tv, serie, eit eller anna, sitje å zappe på tiktok

fram til liksom hjernen berre shuttar ned då. Og då er det jo, altså eg har ein kompis som er tannlege, og eg spurde han ei gong: «Spør du nokon gong om kvifor dei bit tenner? Eller lagar du berre den NAV-støtta biteskinna til 3500 kroner»? Nei, dei spør aldri om kvifor dei bit. Og det syntest eg som kognitiv terapeut og som, ja ein person som trur på det biopsykososiale, så syntest eg det er veldig fascinerande at ein aldri skal liksom gå utafør dei der rammene ein kanskje fyrst trudde ein hadde i yrket. At ein ikkje skal tørre å spør, fordi, «nei dette er ikkje mitt bord», sant. Skal vi vere så redde for å... Vi skal for all del ikkje leike psykologar. Men skal vi ikkje tore å spørje dei om dei søv dårleg? Skal vi ikkje tore å spørje om dei har det dårleg? Men alle skal sitje å nikke på konferanse og kongressar om at ja no veit vi det at, jada, psykosoma heng saman og, men vi skal berre prate om trening. Squats og ikkje sant, massasje og effleurage og alt mogleg. Det vert veldig kunstig for meg, og det trur eg veldig mange føler, og difor trur eg det er meir fokus på det no enn det nokon sinne har vore.

S1: Mhm. Dersom vi snur litt på det med den her utviklinga, kva tenkjer du, dersom vi på ein måte får utvikla oss, korleis tenkjer du det igjen kan påverke fysioterapi som yrke?

I1: Jaa... Nei, eg trur det at den meir holistiske terapeuten. At ein vert ein... altså det må jo skapast ein aksept i befolkninga om kva du går til. Går du til fysioterapeut i Australia så er det ei forståing om at her vert de manipulasjon. Her vert det mykje manuell behandling. I Danmark så er jo fysioterapeutar primærkontakt, så der veit eg, fordi eg har hospitert i Danmark og jobba litt og der også er det slik... der er fysioterapeuten tilsett meir som ein rettleiar også. Litt slik som legane på ein måte, at dei har jo så mykje makt med å kunne sjukemelde og sånn og sånn, så dei har kanskje, befolkninga har litt meir den der tanken om at no kjem eg inn her og kanskje eg får råd, kanskje eg får trening, kanskje eg får behandling.

S1: Mhmm.

I1: Og den, den er jo i ferd med å endre seg, trur eg, her også. Men det er framleis ein lang veg å gå, fordi det er framleis veldig mange fysioterapeutar som løyser alle pasientkasus med nåler og massasje og tøying. Og det gjer jo det at viss du då har gått, du og familien din har gått til fysioterapeut også legg han ned bedrifta og pensjonerer seg også kjem dei til meg då... Så kan det bli veldig sånn... ja tankefull over at eg spør om liksom andre ting enn berre sånn bang-bang, kor er det vondt? Då går vi laus på det. Hamrar på.

S1: Mhmm.

I1: Men eg, trur dette der er ein sånn ting som berre... det er vel slik med alt, tenkjer eg. Folk må erfare at, den nye bølga, den nye retninga innafor fagutviklinga er jo at: no lyttar vi meir, no spør vi litt meir, no vil vi vite litt meir. Når foreldra mine var på min alder så, låg dei på rekke og rad bak nokre forheng med varmpakningar og nåler, nedi gata her, seks stykk i svingen ikkje sant. Og det er komme eit langt stykke derfrå, til at dei då kjem til slike som meg som spør litt om korleis dei søv og korleis dei har det og. Men det er jo berre ein del av utviklinga og folk lærer då at forventingane når dei kjem inn døra er kanskje ikkje fyrst og fremst benkebehandling lenger då. Så eg trur fleire må berre, kanskje vere flinkare advokatar for den holistiske tilnærminga, forklare pasientane kvifor vi synest dette er viktig.

S2: Mhm..

S1: Mhm.

I1: Men eg hadde ein for seinast eit par månadar sidan som skulle ha massasje for ein ACL-ruptur, eh det er... ikkje sant *ler oppgitt og ristar på hovudet*. Så der finst mykje kjekt... Til det sa eg: «beklagar men så god er ikkje eg til å massere, så...».

S1 og S2: *ler*

I1: Han kom ikkje igjen då. Han har sikkert fått massasje en plass der dei er mykje betre å massere enn meg. *smiler lurt*

S1 og S2: Hmm. *flirar og nikkar*

I1: Får jo håpe at det gror i hop igjen.

S2: Ja!

S1: Får håpe det. Vi skal byrje å avslutte, men vi ynskjer at dersom vi kan trekke ut tre viktige ting, eller dei viktigaste poenga som vi har fått fram gjennom dette intervjuet, kva ville du sagt det var?

I1: Viktigste poenga? I forhold til søvn da. Så tenkjer eg: spør alltid om det. Det e liksom fyrste trikset. Fordi pasientar dei er overraskande høflege og, litt i overkant omtenkse på

oss. Når eg spør folk om søvn så er det ein god del gongar eg høyrer at, dei seier det at «ja, hadde eigentleg tenkt til å diskutere det med den og den, sei fastlege, men eg merka det at han hadde litt dårleg tid så eg tok ikkje det opp».

S1: Mhm. *nikkar anerkjennande*

I1: Så det er liksom eit slikt stikkord ved sida av er å aldri vise dei at du har dårleg tid. Men spør spørsmål for då kjem det plutseleg. Også trur eg det er veldig greit å ha ei slik kort, smørbrødtype, med dette her er punkt som du kan sjå på. Er her noko her du kan hente? Har du det kaldt på soverommet? Har du det mørkt på soverommet? Brukar du soverommet som noko anna enn altså, forskarane seier jo det: bruk soverommet primært til sex og søvn. Bruk ikkje soverommet som eit opphaldsrom der du har tv og et måltida dine, for hjernen skapar koplingar der den sett saman det rommet med mykje!

S1: Mhmm.

I1: Og det kan gjere noko med måten den skruer seg ned på. Også trur eg det er... om det er viktig veit ikkje eg *tvilande*. Men eg synest det er eit poeng dette med å kanskje gjere eit lite nummer ut av det med adenosin, som byggjer søvntrykk, og forklare også at der er noko som heiter cirkadisk rytme som er hjernen si innebygde klokke som skruer av. Slik eg plar seie: Min kjære farfar som var pølsemakar han vakna jo i halv seks tida, 15 år etter han pensjonerte seg. Og det er ikkje fordi at det han synest at det var nødvendigvis viktig å stå opp då, men det var jo fordi at den cirkadiske rytmen hans var jo innstilt på det der.

S1: Mhm. *nikkar*

I1: Ehm, men det kan jo forklare da; kvifor. Fordi, når du byrjar å prate om søvn og koffein til folk så seier dei «jaha, eg kan drikke kaffi når som helst, og sovnar når som helst». Men då er det den cirkadiske rytma som slår inn, det er ikkje søvntrykket ditt nødvendigvis. Og det fortel ikkje, det burde ikkje utelukka det at du skal prøve å gjere noko med søvnkvaliteten. Fordi du seier på andre sida at du drøymmer mykje, og du føler deg heilt køyrd når du vaknar.

S2: Mhm.

I1: Så å vite forskjell på dei to er sikkert litt lurt.

S1 og 2: Mhm.

I1: *sukkar* Det er ikkje så avansert!

S1: Nei *begge smilar, ler*. Men det var gode poeng.

S2: Mhm.

S1: Er det noko meir vi ikkje har snakka om som er lurt å ta med? Eller har vi dekkja det?

I1: Ehh, eg tenkjer kanskje det at det for vidare intervju så, spørje folk kva dei... For du kunne jo berre spurt: «søv du dårleg»? «Ja». «Ja, ok, har du prøvd å opne vindauget på natta og slå av lyset og...» punktum, sant. Og det er jo ganske enkelt og greit, og det kan vere bra det, dersom du ikkje spør om det i utgangspunktet. Men at det går ann å spørje terapeutane dykk intervjuar vidare, om dei spør noko om, kva skjer når du ikkje okkuperer hjernen di? Spør du noko om tankar? Spør du noko om tanke-spinn, tankekøyr? Sånne type ting då, meir kognitive... for det, det trur eg er ein viktig del av det, i alle fall det eg ser av mine pasientar, så er det der en veldig, veldig stor del av det, at deira søvn er dårleg fordi dei strekk døgnet fordi at dei skal halde hjernen okkupert heilt til liksom den sirkadiske rytmen sikkert kjem inn og berre... knekke dei inn i søvn.

S1: Mhm.

I1: Og kva tankar har dei om det? For det kunne jo ha vore eit interessant... *sukk* spørsmål og stille då. Nokon kan jo tenkje at det kanskje det, det er ikkje mi rolle, det er ikkje mitt, min profesjon *trekk på skuldrane*. Kva veit eg? Men, tørr vi å spørje om det? Kva skjer når hjernen vert åleine liksom? Tørr vi å spørje om det som fysioterapeutar?

S1: Det var eit godt tips *nikkar*. Mhmm. Får ta det med oss vidare *ser på S2*.

S2: Jaa.

I1: Jaa. Ja!

S1: Også var det om vi eventuelt kan kontakte deg? Vi kan jo eigentleg stoppe opptaket no tenkjer eg? *ser på S2 for bekrefting*

S2: Mhm. *nikkar*.

S1: Ja. Da stoppar vi det.

Vedlegg 5 – Transkripsjon intervju 2

Transkripsjon intervju 2

S1: Vi kan byrje litt generelt fyrst. Så om du kan fortelje oss litt om relevant utdanning og tidlegare yrkeserfaring?

I2: Mhm. Eg er jo fysioterapeut. Også har vidareutdanning i helsefremjande arbeid og psykologi. Det er det eg tenkjer er kanskje litt relevant, men det er ikkje det som er min hovudutdanning.

S1: Mhm.

I2: Yrkeserfaring. Der har eg jo hatt litt ulikt. De fyrste åra arbeida eg på sjukeheim.

S1: Mhm.

I2: Så da var det jo i hovudsak med eldre. Også arbeida eg som HMS-konsulent, også har eg arbeida seks år med arbeidsretta rehabilitering, altså då var det sjukmeldte som hadde vært sjukmeldt lenge men som ynskja å kome tilbake i arbeid, men som ikkje heilt klarte det på eigahand. Også har eg då arbeida som bedriftsfysioterapeut her. Og dei siste åra berre som leiar. Så no er eg for så vidt ikkje, heldt på å seie praktiserande fysioterapeut lenger.

S1: Ja! Mhm *nikkar bekreftande *. Også kva erfaringar har du i forhold til søvn og søvnproblematikk?

I2: Ja, altså det er jo sjeldan at, altså sidan eg arbeida i bedriftshelseteneste no då, så er det jo ikkje på ein måte pasientar, då er det tilsette vi snakkar om.

S1 og S2: Mhm.

I2: Så det er jo sjeldan at tilsette kjem til oss, eller til fysioterapeuten med søvn som på ein måte som hovudårsak, men det vi ser er jo at ofte så kan... Altså, om det er søvn som kjem først eller om søvn kjem etter alle de andre problema, det kan vere vanskeleg å vite, men at det kan vere medverkande årsak til at ein ikkje får ting til å fungere. Så viss ein ikkje får til å sove så kan det jo vere vanskeleg å konsentrere seg, det kan vere vanskeleg å få utført oppgåvene, sant. Ein føler seg ikkje så veldig bra.

S1: Mhm.

I2: Det kan jo gå utover sikkerheita, om ein har ein jobb som, der på ein måte HMS biten er veldig viktig, sant. Viss at, ja, praktisk arbeid eller arbeid i laboratoriet for eksempel, eller kva det skulle vere, så ville det vere veldig viktig å følge, følge rutinen, gjere ting i riktig rekkefølge og sånt, og då er jo søvn også kjempe viktig.

S1: Men så då kjem dei til deg på ein måte men ein annan problematikk, også fangar du opp det?

I2: Dei kjem nok ofte hit med ein annan problematikk, altså dei kjem no her fordi dei på ein eller annan måte ikkje klarar å utføre sitt arbeid. For som bedriftshelseteneste skal vi i hovudsak konsentrere oss om... arbeidshelse. Om ikkje det har noko å seie for arbeidsforholdet så høyrer det på ein måte ikkje heime i bedriftshelsetenesta, då høyrer det heime hjå fastlegen eller hjå kommunehelsetenesta eller spesialisthelsetenesta alt ettersom. Så i vårt tilfelle så vil det jo i hovudsak handle om arbeidsevne og arbeidsutføring og då er det det du på ein måte du byrjar med. Også vil du jo skjønne at «ahh, her er det jo mange ting som spelar inn», også må ein prøve å finne, ikkje arbeide med berre synlege problem men det som forårsakar, sant, problema ein har.

S1: Mhm. Og då...

I2: Så eg tenkjer det er nok meir ein sånn ting som ein finn ut etterkvart, med mindre dei kjem her og seier at: «Hei, eg får ikkje sove og eg klarer ikkje å gjere jobben min». Altså dei veit at det er det som er problemet [søvnvanskane].

S2: Ja.

S1: Ja. Men då er det mange som kjem inn og har søvnvanskar?

I2: Det er nok ikkje mange som oppgjev det, nei.

S1: Nei.

I2: Det er nok fleire som har det, som ein fylgje av at dei slit med andre ting. Det kan vere med trivsel, eller at dei er i konflikt eller at dei har smerter, eller det kan vere mange årsaker

til at ein ikkje får sove. Men dei opplagde, det er ikkje så ofte dei kjem her og seier at: «Eg har søvnevanskar, derfor...».

S1: Korleis er det dykk, på ein måte, oppdagar det?

I2: Det vil nok bli gjennom samtale. Ja, når vi skal rettleie og vi snakkar om kva er det liksom kva, eller kanskje du høyrer at: hmm stemmer ikkje heilt akkurat det problemet du oppgjev, passar ikkje heilt med det... på ein måte konsekvensane som det får. Eller at dei kanskje ikkje er klar over det sjølv, at det er difor dei ikkje får sove. Men det er klart at mykje grubling, og om ein har vanskar eller kjem redd for å miste jobben til dømes, eller er redd for at du ikkje gjer det godt nok, så vil jo det ofte gå utover søvn. Så det er jo komplekst, altså det handlar ofte om samanhengar, å sjå det store bilete.

S2: Absolutt.

S1: Mhm. Ja. Skal vi sjå... at vi ikkje sporar heilt av her. Kva type... tilsette då, eller pasientar er det du møter? Altså ser du ein samanheng med søvnevanskar, ser du ein samanheng i alder, kjønn, situasjon?

I2: Ja, altså no arbeidar eg jo i hovudsak med vaksne arbeidstakarar. Slik at dei fleste som arbeidar her er nok i slutten av 20-åra og oppover sant, så dei fleste har ei viss mengd år med utdanning, før dei byrjar å arbeide. Slik at eg vil nok tenke at dei er, ja, i slutten av 20-åra og oppover. Og dersom eg skal tenkje i forhold til søvn... altså kjønn, du seier alder og kjønn, situasjon,

S1: Mhm. Eller altså...

I2: Eg trur kanskje, det er jo lett å sei at kanskje det er fleire.... kvinner? Enn menn? Men, det er nok meir basert på ei slags kjensle, ei meir generell kjensle enn at eg har konkrete tal, eg har aldri målt det. Nei.

S1: Nei.

I2: Så det kan nok vere litt hipp om happ men, ofte er det fleire kvinner enn menn som tar kontakt med oss med ting dei strevar med då.

S2: Ja, mhm.

I2: Så kanskje, men om det er sammenheng det kan eg ikkje seie noko om. Nei.

S1: Nei. Og kva type søvnevanskar er det då?

I2: Jaa. Eg tenkjer jo at, det kan enten kanskje vere knytt til smerte... *tenker seg om*. Eller eventuelt bekymringar. Altså, ja. At enten så er det så konkret som at ein får ikkje sove fordi skuldra verkar eller ryggen verkar. Og det trur eg nok kanskje eg møtte meir då når eg arbeidde i min førre jobb, altså med arbeidsretta rehabilitering sant, for der var det folk som hadde hatt plager over veldig lang tid og hadde meir slike tydelege smerter i kroppen som dei hadde strevd med i mange år.

S2: Mhm.

I2: Her, er det jo ofte folk som er i arbeid, altså dei har på ein måte ikkje sånn uttalte fysiske plager kanskje. Når dei kjem til oss sånn som her, vil nok kanskje meir tenkje det at det handlar meir om sånn arbeidssituasjon, eller trivsel eller at ein har hamna i konflikt med nokon, og ein veit ikkje korleis ein skal få løyst det, eller det er ubehageleg å stå i, i ulike situasjonar, eller eventuelt at det er knytt til bekymringar om arbeidsforholdet sant, at ein ikkje lengre er i stand til å gjere arbeidet sitt. Eeh, oppgåvene har blitt vanskelegare, ein klarar ikkje lære seg nye ting, altså då trur eg det går meir på, litt meir på det psykososiale og meistringskjensle då.

S1: Litt stressrelatert?

I2: Ja, meir sånn stressrelatert og bekymringsrelatert, kanskje enn dei som kjem slik med konkret, ja, har knekt ein arm. *Ler*. Og ikkje får sove, då er dei jo ikkje hos oss, då er dei nok ute i klinikken sant, og får behandling for si skade og oppfølging av sin fastlege, ja. Så eg trur nok at i ei slik type bedriftshelseteneste så er det nok meir knytt til bekymringar og stress og arbeid, ting som skjer i arbeidslivet som bekymrar dei då, ja.

S1: Ja. I forhold til helse og funksjon... korleis tenkjer du søvnevanskar kan påverke situasjonen til ein pasient, eller ein tilsett?

I2: Nei der trur eg kanskje det er litt slik som det eg nemnde tidlegare, at det går på konsentrasjonsevne, altså moglegheita til å gjere jobben på ein god måte, at mange her har jo på ein måte høge krav til... altså ein skal vere fagleg sterk, du skal ha ei framdrift, så det kan vere vanskeleg. Og mange har også ein jobb som er ganske sånn autonom, altså dei leiar seg sjølv. Og det kan også vere vanskeleg, sant, om du ikkje klarar konsentrere deg, om ikkje du har framdrift, du mistar fokus... sånne ting. Så eg trur nok kanskje mykje går på meir prestasjon, og det å klare å føle at ein gjer ein god jobb, konsentrere seg om det. Også er det jo den andre biten eg nemnde som går litt meir sånn på sikkerheit, at det aukar faren for å gjere feil.

S1: Mhm.

I2: Og det vil jo vere spesielt viktig i laboratoria, til dømes, der det er strenge krav til alt det, korleis ein behandlar stoff, følger rutinar. At ikkje det er farleg, at ikkje nokon skadar seg.

S1: Ja. For det er gjort statistikk-?

I2: At det vert fleire avvik, sant. At dersom ikkje dei tilsette er konsentrert, føl rutinen, ikkje klarar heilt å henge med, så vil det jo bli fleire av slike HMS-avvik.

S1: Ja, mhm. Og dei skjer som regel...?

I2: Og då kan det skje ulukker. Også kan ein skade seg. Så eg trur nok det går litt meir på det mentale, den mentale biten då, iallfall viss det er søvn som på ein måte, at viss du skal tenkje at søvn er årsaka, så trur eg nok det går meir på dei psykiske og mentale, konsentrasjon og prestasjon.

S2: Mhm. Ja. Korleis eller no ja. Korleis forhold du deg til pasientar med søvnevanskar i behandling?

I2: Jaa. Vi behandlar jo ikkje pasientar her, men vi gjev jo råd og rettleiing for at dei på ein måte skal få ein betre arbeidskvardag og betre funksjon då. Slik at i utgangspunktet så tenkjer eg at det kjem litt ann på kva problem dei har, som gjer om dei kjem til fysioterapeutane, eller om dei kjem til sjukepleiaren, eller legen, eller psykologen. Men, eg tenkjer at dersom eg kom til nokon som kom til fysioterapeuten med meg som

fysioterapeut, så må vi jo fyrst snakke om kvifor dei kjem her, og kva vi kan gjere med den aktuelle problemstillinga, at ein imøtekjem dei på det.

S1: Mhm.

I2: Også viss det kjem fram i forhold til søvnevanskar så må vi jo prøve å finne ut av kvifor det. Er det på grunn av smerter, eller er det på grunn av bekymringane eller er det fordi du tenkjer så mykje, eller er det dårlege rutinar. Altså, prøve å finne ut kva er det som faktisk gjer at ein ikkje får sove.

S1: Mhm.

I2: Også ville vi nok tenkt litt på, når vi veit litt meir om det, kven er den rette til å hjelpe? Held det med dei råda som eg som fysioterapeut kan, som går på finn gode stillingar, eller aktivitet, når på dagen driv ein med aktivitet? Når på dagen et ein? Er det kaldt og mørkt på rommet? Altså, alle slike generelle søvnråd da som ein kan. Eller om dei treng meir hjelp, altså er det meir alvorleg enn det, og ein treng meir... ein ekspert.

S1: Mhm. Kvar er det...

I2: For då vert det jo snakk om å tilvise, eller nytte den kompetansen ein har på huset. Her hos oss har vi jo lege, og vi har psykolog, og vi har to sjukepleiarar. Og ein yrkeshygienikar, men det er kanskje ikkje så aktuelt i dette tilfellet. Så då ville ein jo først diskutert litt her: er det nokon som har nokre andre råd eller bør ein tenkje... altså er problemet så stort at dei ikkje vil klare å til dømes, her vil jo målet alltid vere å vere i jobb, sant? Så viss dei ikkje klarar å vere det treng dei meir hjelp enn det vi kan tilby.

S1 og S2: Mhm.

I2: Men ein ville jo kanskje byrja kanskje med, altså kartlegging. Altså dei litt meir sånn generelle søvnråd, rett og slett, også kanskje prøvd det ut, sant, for å sjå om det hjelp, eller om det kan vere noko anna.

S1: Er det nokre gangar at dykk samarbeider fleire profesjonar saman om den problematikken?

I2: Ja, egentleg alltid.

S1: Ja.

I2: Ja. Her hos oss er det jo ein litt sånn regel at vi er alltid to stykk saman. Og i ei sånn eining så er det jo, vi er jo ikkje to av kvart fag. Så då vil det veldig ofte vere to ulike fagprofesjonar som jobbar med ein, heldt på å seie, enten om det er ein individuell sak, eller om det er ein meir sånn gruppetematikk, dersom det er arbeidsmiljøutfordringar, ja.

S1 og 2: Mhm.

I2: Men dersom det er ei individsak vil det også vere to, men kanskje ein har hovudansvaret alt etter kva som er hovudproblemet. Sånn at sakene kjem inn til meg, så vil eg fordele ut i frå kva dei gjev opp som årsak, også gir eg den kanskje til fysioterapeuten, viss på ein måte dei oppgjev er at det er ei meir fysisk utfordring. Ein treng tilrettelegging, ein treng råd og rettleiing til korleis handtere dei plagene. Også vil den [hovudansvarlege] pare seg opp med ein annan profesjon som ein tenkjer er nyttig, ut frå det som ein kan. Ja, også har dei litt ulik bakgrunn da, dei som jobbar her. Nokon har meir på det psykososiale, eller meir sånn, i forhold til psykiatri og psykisk helse, medan andre har meir på det fysiske. Ja.

S1: Mhm. Kven er det som jobbar mest med søvn, eller har du ein oppfatning av på ein måte kva profesjonar eller kva fagområde som jobbar meir med søvn enn andre?

I2: Veit du, eg trur egentleg alle gjerne jobbar litt med søvn, for det er liksom så... egentleg ganske vanleg at viss du har ei eller anna utfordring, uansett om det er meir fysisk, smerterelatert og sånn, eller om det handlar meir om bekymringar og konflikhtar eller kva det skal vere, så vil det gå ut over søvnen. Det er få som søv godt dersom dei ikkje har det bra. Altså det er jo nesten, tenkjer eg må jo vere meir unntaket enn regelen. *nølar* Utan at eg veit det heilt sikkert.

S1: *ler*.

I2: Altså, klarer ikkje heilt å sjå då, altså nei, eg vil jo tenkje at dei fleste som strevar med noko også kanskje har ein litt dårlegare søvnkvalitet. Også vert det ein ond sirkel sant, for då går dei kanskje igjen, også ballar det litt på seg. Sant?

S1: Ja.

I2: Eg tenkjer at for alle profesjonar så bør det vere interesse for å lære noko om korleis ein i vertfall kan prøve å oppretthalde søvn slik at det er mogleg å arbeide med dei andre, på ein måte symptoma eller årsakene som har ført til problema.

S1: Mhm, opplev du at det er fokus, altså at profesjonar har fokus på søvn og søvnevanskar? Og fysioterapi generelt eller, generelt også då.

I2: Ja... *tenkjer seg om* kanskje. Det er vanskeleg for meg å sei litt om korleis det er ute i klinikken til dømes. Det eg av og til kanskje kjenner litt på er at, at når ein er ute i klinikken og får behandling for eit symptom så vert det veldig fokus på den aktuelle problemstillinga. Altså, at ein arbeider med det som tilvisinga syner, og så stoppar det litt der. Så eg skulle kanskje ynskje at det var ein tettare samanheng, altså for meg då som arbeidar med vaksne i arbeidslivet, at det var ein tettare samanheng mellom dei behandlande fysioterapeutane, den kliniske fysioterapien og arbeidslivet og bedriftshelsetenesta og dei moglegheitene og spelereglane som er på ein arbeidsstad. For elles så kan det av og til bli litt sånn feile forventningar, eller litt sånn feile råd, at ein ute i klinikken seier at: «Ja men, dersom du gjer slik og slik så kan du arbeide», men så er det ikkje det kanskje som krevjast på arbeidsstaden, eller så seier ein at: «Dette kan arbeidsgivar tilretteleggje for», også har ein ikkje snakka med arbeidsgivar, også veit ein ikkje om det går an. Så vert det ei ny bekymring eller, det vert liksom litt mismatch mellom råd og røynd. Så eg tenkjer slik generelt, så tenkjer eg nok at klinikken, eller i behandling at ein må prøve å sjå det store biletet, også heller då trekkje inn andre dersom det ikkje høyrer heime i behandlinga der då, ein kan ikkje forvente at dei skal behandle alt, på fysioterapiklinikken. Men, at ein i alle fall prøvar å fange opp det heile biletet i pasienten sin problemstilling, slik at tiltaka treff, og gjev varig effekt. For det også er jo ein ting; det er veldig kjedeleg dersom ein berre behandlar symptom, så er på ein måte ikkje årsaka heilt handtert, også vil det berre komme tilbake sant, også vert det berre slike lange sjukemeldingar der ein går på ein ny gong på gong.

S1: Så å prøve å, på ein måte nøste litt opp i årsaka då, til problemet?

I2: Ja, årsaka då, også heller kople inn på ein måte andre aktørar, at det setjast saman sånne team då, på dei som på ein måte har noko, sei, både innflytelse og medverkande i

situasjonen som den pasienten står i då. Om det er ein arbeidsplass eller, NAV eller andre behandlarar. Altså at behandlarane snakkar saman, eigentleg.

S1: Ja! Dersom vi tenkjer litt sånn arbeid, og det med arbeidsretta rehabilitering, opplev du at arbeidsgivarar kan, på ein måte tilretteleggje for folk med søvnevanskar?

I2: Tja, det trur eg kanskje til ei viss grad at dei kan, men det vil jo vere avhengig av årsak. Men eg tenkjer at dersom søvnevanskane har rot i ting som skjer på arbeidsstaden, så har jo arbeidsgivar plikt til å sjå på kva er det for noko det handlar om, er det noko dei skal hjelpe med å rydde opp i? Er det for mange oppgåver? Er det for vanskelege oppgåver? Er det for dårleg samarbeidsforhold i avdelinga? Så det er jo arbeidsgivar si plikt å skape trygge og gode arbeidsforhold. Så der tenkjer eg at dei absolutt må inn dersom det er ein slik type årsak som gjer at ein tilsett ikkje får sove.

S1: Mhmm.

I2: Så skal og må leiar inn å sjå på kva kan vi gjere med dette for at du skal få det betre, og dermed kanskje sove betre og komme tilbake i arbeid og klare å gjere arbeidet ditt. Så eg trur, eg trur absolutt, men det vil jo igjen avhenge av: Kvifor får dei ikkje sove? Eg tenkjer det liksom er det store spørsmålet sant. Kva er det? Kvifor får ein ikkje sove?

S1: Mhm. Og det er det ein prøver å kartlegge då? Nokså tidleg?

I2: Mhmm.

S1: Mhm. Skal vi sjå... Ja det med profesjonar har vi jo snakka litt om, men vi kan jo sjå litt på neste side *snur arket med intervjuguiden*. Ehm, vi skal jo skrive om rolla vår ovanfor søvnevanskar. Kva tenkjer du om fysioterapeutar si rolle ovanfor søvnproblematikk?

I2: Ja, eg tenkjer at fagfysioterapeutar, det tenkjer nok sikkert fysioterapeutar også men, at ei plage kjem liksom sjeldan åleine. Altså, i alle fall i mi erfaring, det handlar jo sjeldan berre om berre akkurat det som står på tilvisinga. I alle fall dersom det har vore plagar som har vart ei stund, så er det stort sett alltid litt meir samansett. Så eg tenkjer dersom du er ein fysioterapeut som arbeidar på ein måte på legevakta, med akutte skadar, då er det kanskje slik at, ja du har eit vondt handledd og difor har du eit vondt handledd. Men, viss vi arbeidar

med, i alle fall dersom det er knytt opp til sjukemeldingar og litt meir slik langvarig problematikk eller kronisk problematikk så er det sjeldan så enkelt at dersom du løyser ein ting så løyser alt seg.

S1: Mhm.

I2: Så difor tenkjer nok eg at fysioterapeutar har ei veldig viktig rolle i forhold til søvnproblematikk fordi fysioterapi er ofte ei teneste det er lett å gå til. Altså, folk har ikkje noko problem med å be om ei tilvising til fysioterapeut. Litt vanskelegare av og til å be om ei tilvising til psykolog for eksempel. Eller til å innrømme at ein strevar med det psykiske, eller med meistring, altså det er litt lettare å ha vondt. Eg trur det framleis er slik, sjølv om det har vore mykje meir fokus på psykisk helse i det siste. Så trur eg det er, på ein måte den grensegangen mellom psykiske og somatiske plagar er mykje gråare.

S2: Mhm, ja.

I2: Enn det ein kanskje tenkjer, og difor trur eg ofte at fysioterapeuten er liksom fyrste, kan ofte vere den fyrste som får informasjonen sant. Og då vil det jo vere litt avgjerande at nokon kan gripe litt fatt i det og fortelje deg at: «ja men du søv jo ikkje heller. Du fortel at du ikkje søv, det må vi kanskje óg gjere noko med». Sant? Ikkje berre behandle det fysisk vonde til dømes, eller det som opplevast som avgrensande i kvardagen. Så eg tenkjer det er ei kjempeviktig rolle, til å ta temaet opp og til å gripe fatt i det og prøve å gjere noko med det. Men dersom ein ikkje kan gjere noko med det fordi problemet er større enn det ein har kompetanse til så må ein gje råd om på ein måte, kor dei kan gå. Altså kjenne fagfeltet då, rett og slett. Ja.

S2: Mhm, ja. Og på kva måte tenkjer du at vi kan ta fatt i problematikken? Kva er det vi kan bidra med inn mot søvn og søvnproblematikk?

I2: Det og vil jo vere litt avhengig av på ein måte problemstillinga, men ein kan i alle fall kartleggje litt sant. Sjå om, er det noko litt sånn... Nokon gongar er det jo noko litt sånn logiske, enkle ting å gjere, men som ein berre ikkje har klart, i den situasjonen ein står i, å ta fatt i på eigenhand, sant? Kanskje det kan vere så, det kan vere mindre ting som at ein trener veldig seint på kvelden, eller sit mykje på mobilen *ler*. Altså nokon av dei slik, litt slike

vanlege ting som alle gjer. Men vi kan jo gje litt råd, gje tiltak. No prøver vi dette ei stund og så ser vi om det hjelp. Så prøver vi ein ny ting, ser om det hjelp.

S1: Mhm.

I2: Sant. Så dersom ein på ein måte fort skjønner at det kan handle om, ikkje alvorlege søvnproblem, men litt dårleg søvnhygiene, så kan vi i alle fall bistå, for det veit vi nok om. Mens handlar det om meir slik alvorleg søvnproblematikk så er det kanskje andre fagpersonar som, som må til for at ein skal klare å gjere noko med det. Men av den grunn litt generelle befolkninga med litt søvnproblem, eller innsovningsproblem, så er det mange råd som kan, ja kanskje dei av og til berre treng ein som held dei litt, som lagar ein plan, spør korleis det gjekk, passar på at ein klarar å gjennomføre. For det er noko med at når ein har utfordringar i livet, så kan det vere vanskeleg å gjere, små grep kan bli store utfordringar, sant. Du har ikkje kapasitet til å gjere alle dei endringane på eigenhand. Og følgje det opp og halde ut.

S2: Opplev du at dei som kjem til dykk har eit bevisst forhold rundt sin eigen søvn?

I2: Ehm... *tenkepause*. Nei, ikkje alltid nødvendigvis, eg trur kanskje dei ofte har mykje fokus på det som på ein måte er hovudårsaken, altså det dei opplev som hovudproblemstillinga. Og brukar veldig mykje tid og krefter på å gruble på det, og gløymer at det vert ein medverkande årsak til problemet, at ein kanskje heller ikkje føler seg ut, altså at det er vanskeleg å føle seg utkvilt og vanskeleg å fokusere. Så eg trur det vert ofte ein meir slik biverknad enn, på ein måte eit middel til å... og ein kan kanskje ikkje løyse problemet, men du vil jo få betre kapasitet til å ta tak i problem då, dersom du søv godt. Men igjen det vert jo litt vanskeleg å vite kva som kjem. Kva er årsak, og kva er fylgjjer, og kva er viktigast, også må ein ofte byrje i ein ende.

S1: Mhm, ja. Ut i frå rolla vår i dag, korleis tenkjer du at den burde utvikle seg framover, ovanfor søvnvanskar? Er det noko som burde endre seg?

I2: Altså no jobbar eg ikkje i klinikk, og har heller ikkje heilt oversikt over kva dykk lærar i utdanninga. Altså kvar på ein måte, kor vidt undervisninga går sant. Sånn at, eg tenkjer dersom det ikkje... Altså vist ein ikkje lærar noko om det, altså betydninga av søvn og korleis det påverkar fysisk funksjon og korleis det påverkar konsentrasjonsevne og kva ein presterer,

så meiner eg jo absolutt at det er viktig fagfeltet utviklar seg i den enden da, på den måten at ein vertfall kan nok om det til å skjønne at det vil påverke situasjonen. Tenkjer berre i idrettsfysioterapi så er det nok mykje, vertfall om du kjem opp på litt sånn toppidrettsnivå så vil jo søvn vere ein veldig viktig del av på ein måte kunnskapsfeltet sant, fordi at der handlar det jo om at ein skal prestere og restituere, sant. Altså å prestere betre, også skal du restituere, altså det handlar jo mykje om kvile, mat og prestasjon.

S1: Mhm.

I2: Og sånn vil det jo vere i andre yrker også, det er berre at vi tenkjer ikkje så mykje på prestasjon og søvn i samanheng i arbeidslivet kanskje sant, fordi at det vert litt sånn... som arbeidsgjevar eller ja. Så skal du jo ikkje legge deg opp i privatlivet heller. Så det er jo ein sånn balansegang. Kor langt skal du i gå i kva du legg deg opp i som behandlar. Men eg tenkjer i, som helsepersonell og i klinikken, viss vi ikkje tenkjer bedriftshelseteneste men elles, så er det jo ingen problem med å utfordre litt: på ein måte kva som... kva gjer du... korleis har du det privat, og kva gjer du på din fritid, for å bli betre?

S2: Ja, kor...

I2: Det handlar jo og litt om ansvar, om å ta ansvar for eiga helse. Å gje råd i forhold til å ta ansvar.

S2: Mhm. Det er jo mange som snakkar om det her med at vi skal ikkje vere psykologar som fysioterapeutar, men kvar tenkjer du på ein måte grensene går for det her med privatliv og...

I2: Ja. Nei vi skal jo ikkje vere psykologar, men eg tenkjer det, vi kan ikkje unngå å tenkje at psykiske utfordringar påverkar det fysiske, så det er vanskeleg å setje heilt klare skilje. Men vi skal jo absolutt ikkje kalle oss psykologar, men vi er nøydte til å snakke om kvifor dei plagene som pasientar kjem til oss med kan ha oppstått eller oppstår, eller korleis dei forverrar seg. Eg trur ikkje vi klarar å behandle ei problemstilling nødvendigvis om ikkje vi snakkar om samanhengen mellom psykiske plagar og somatiske plagar. Da må det vere sånn klokkeklart: Du har fått ei skade, den skal reparerast, også skal du ut igjen. Og sånn er det sjølvsagt nokre gongar, men ikkje i dei meir sånn samansette problemstillingane. Då må liksom pirke borti begge deler. Du må heller tilvise vidare visst det, altså anbefale dei til å ta

kontakt med nokon andre også, viss det går ut over det vi eigentleg kan da. Vi kan jo ikkje late som at vi kan noko som vi ikkje har bakgrunn for *ler*. Sant?

S1 og 2: *ler og nikkar*

I2: Men eg tenkjer det er viktig. Ein må jo og gjere pasienten oppmerksom på at ein kan få ein viss muskelvondt av andre ting også, enn reine skadar. Mhm.

S1: Mhm. Kva tenkjer du det kan ha å seie for fysioterapi som yrke dersom vi utviklar rolla vår, på denne måten, i forhold til søvn?

I2: *Tenkjepause*. Eg trur ikkje det ville vere skadeleg på nokon måte. Målet må jo vere å hjelpe pasientane. Så lenge ein har fagkunnskap til å gje dei råda som ein gjev, så er det ikkje noko problemstilling i det. Nei, men vi skal liksom ikkje late som vi er ein annan profesjon heller, *ler*. Ein må ha ei tyngde på det, ein må ha bakgrunn, vi må kunne noko om det, og gje råd basert på kunnskap, sant. Men eg tenkjer ut over det så kjem pasientar til oss eller ja, tilsette, dei kjem jo til oss fordi dei har problem som dei ynskjer råd og rettleiing, og behandling for da.

S1: Mhm.

I2: Då må vi jo prøve å... Målet må jo vere at ein skal bli frisk, eller å kome tilbake i jobb. Så eg trur ikkje det er nokon ulemper, eg trur faget må jo utvikle seg, og faget har jo utvikla seg også. Det er jo ganske stor forskjell på det å gå til ein fysioterapeut i dag, og det det var, ja berre når eg blei utdanna, for litt over 20 år sidan. Då var det nok ein litt meir sånn passiv, då var det litt sånn i, nok litt sånn i overgang men og framleis ein del som dreiv med meir sånn passiv behandling. Benkebehandling eller... massasje, og ultralyd, og det var mykje fokus på sånt. Og det er sjølvstøtt enda der det trengs, men no er det jo og mykje meir rettleiing og å gi råd til korleis ein skal ta vare på seg sjølv, eller korleis ein skal drive opptrening etter ein skade. Altså det er jo ei litt annan tilnærming er i alle fall mitt inntrykk, sjølv om eg har vore litt vekke da, frå klinikken, så det kan hende eg tar feil. *ler*

S2: *Ler*

I2: Men i alle fall, eg føler at vertfall mange seier at, ja eg trur nok det at det er ein litt annan

tilnærming. Og at ein har løfta synet litt, også.

S1: Mhm... vi skal, skal vi sjå... no er det 34 minutt... men dersom vi skal trekkje det viktigaste ut av det vi har snakka om i forhold til problemstillinga vår. Kva ville det ha vore?

I2: Ja, og då, forstår eg problemstillinga er fysioterapeutars rolle ovanfor... kvar er problemstillinga?

S1: Vi har, har vi limt den inn? «Kva erfaringar og tankar har fysioterapeutar om rolla vår ovanfor pasientar med søvnevanskar?»

S2: Eg veit ikkje om den står på den... du kan sjå... der! *Gir I2 intervjuguide og viser problemstillinga*.

I2: Ja! Mhm... ja og då, dersom eg skal trekkje ut det viktigaste så trur eg kanskje eg vil sei at det er at: Ei plage kjem sjeldan åleine. Og difor er vi nøydd til å på ein måte sjå på alle dei faktorene som er med på å bidra til at pasienten ikkje klarar å fungere optimalt, ut frå dei føresetnadane som dei har. Og då trur eg at søvn er ein viktig del, fordi eg trur at, dei fleste som opplev problem, uansett om dei er fysiske eller psykiske, vil før eller sidan streve med søvn, også vert det ein litt ond sirkel. Så... ja. Eg tenkjer at, og ja dykk skriv jo også søvnevanskar som komorbiditet så då er jo det... på ein måte at det er ein fylgje av noko, men som ikkje gjer det betre, og dermed så vert ein også nøydd til å, ja, gripe fatt i det på ein måte om ein skal komme i mål då, og betre situasjonen.

S1: Mhm, ja.

S2: Har du noko meir du vil leggje til?

I2: Oi, ja. *ler*

S2: Veldig opent spørsmål då men... *ler*

I2: Eg hugsar jo nesten ikkje kva eg har sagt veit du, så... *ler*

S1: Berre litt sånn generelt sånn: fysioterapi, søvn... er det noko vi ikkje har snakka om som på ein måte er viktig å trekkje inn?

I2: Nei, eg trur, nei. Eg syntest det er flott eg, at de har lyfta fram ein såpass viktig del av folks kvardag, altså det er jo tross alt ein stor del av livet vårt, at vi søv. Og det har ei stor betydning for korleis vi har det med oss sjølv, kor mykje vi toler, altså, av påverknadar utanfrå, at vi skal gjere, gjer vi det vi skal på den måten vi skal, sant? At det er både trygt, og vi skal tole belastningar betre, eg tenkjer at det er ein kjempeviktig bit. Og det er gjerne ikkje den mest opplagde tingen å gripe fatt i som fysioterapeut eigentleg. Kanskje er det noko som oftare vert snakka om hos, heldt på å seie, i psykologi eller, hos ein sjukepleiar. Eg tenkjer det er kjempeaktuelt.

S1: Mhm, ja.

I2: Bra funne på!

S2: Ja, eg håpar det ja. *ler*

I2: Bra oppdaga! *ler*

S1: Det er jo litt det vi ville undersøkje.

I2: Men kan eg kan få lov til å spørje korleis de kom på det? Altså korleis det kom opp?

S1: Det var den boka til Mathew Walker, «Why We Sleep?», som begge to har lest... også har vi jo ikkje lært noko om det på utdanninga.

I2: Nei.

S1: Så det var vel eigentleg difor vi byrja å spørje oss sjølve litt om kvifor. På grunn av den, ein ser jo at det er viktig for helsa, og vi arbeidar jo som helsepersonell og forsøker å arbeide helsefremjande, både i liksom i forhold til folkehelse men også i forhold til pasientane våre. Så vi tenkte litt slik: kvifor er ikkje det her? Det var i alle fall ikkje noko vi hadde erfart at fysioterapeutar hadde fokus på. Så det var vel eigentleg litt det vi ville undersøkje då, om det var fokus på det og om vi burde på ein måte endre fokuset litt.

I2: Så då har det ikkje vore så mykje om det på utdanninga? Dykk har eigentleg komme på det litt sjølv? Ja.

S2: Ja, eller det vi har fått av søvnn på utdanninga har kome frå eksterne førelesarar som har

engasjert seg i det, og har nemnt litt om det i ein heilt annan førelesing på ein måte. Så det har ikkje vore slik spesifikt om søvn.

I2: Ja.

S1: Nei. Eller kva det er, og konsekvensane og sånn også av søvnevanskar, både korttids som, er dei ein kanskje ser best med sine pasientar, men også langtidskonsekvensar.

I2: Ja, og det er jo ikkje vanskeleg å førestille seg at det har altså, kor viktig betydning det har for det kan ein jo sjå sjølv dersom ein liksom berre prøver å døgne nokon dagar *ler* eller av ulike grunnar ikkje søv, så går det jo fort ut over koordinasjon... ikkje sant, motorikk, styrke, uthald, konsentrasjon. Altså det påverkar jo eigentleg alle, heldt på å seie, alle måtane vi fungerer på, og humør og alt. Så eg tenkjer det er ein viktig del av det å ha god helse, er det og ha god søvn. Så... bra, bra arbeida.

S2: Jaa.

S1: Takk! Skal vi stoppe opptaket...

Vedlegg 6 – Transkripsjon intervju 3

Transkripsjon intervju 3

S1: Ok, då var vi i gong. Så vi skal byrje med litt slik generelt, også lurte vi på om du kan fortelje kort om utdanning og yrkeserfaring du har frå tidlegare?

I3: Eg er utdanna fysioterapeut, og i forhold til vidareutdanning når det gjeld søvn, eg reknar med det er det det er mest interessert i? Så tok eg kognitiv terapi, det heiter vel eigentleg eit innføringsseminar, men dei kalla det kognitiv terapi trinn 1. Også tok eg ei vidareutdanning som heiter kognitivterapi ved somatisk sjukdom og skade. Og der var det, ein av dei samlingane dreia seg i heilheit om søvn, og behandling av søvn, kroniske søvnevanskar. *Kurshaldaren* arbeidar mykje med søvn, så han hadde veldig bra, bra samling om søvn, og det var veldig kjekt. Også tok eg eit kurs, og det var for, primært for fastlegar men også for anna helsepersonell, sjukepleiarar, fysioterapeutar var vel komne som arbeida med søvn, og det handla om ikkje-medikamentell behandling ved kroniske søvnevanskar.

S1 og S2: Mhm. *Nikkar anerkjennande*.

I3: Yrkeserfaring... eg har ein forkjærleik for søvnevanskar, så fekk eg... før vi slo oss saman til *noverande kommune*, så arbeida eg i den eine sona, det var jo ein mindre bit og *dåværande kommune før kommunesamanlåing*, og når det er mindre einingar så har du også meir påverknadskraft, så eg fekk, dette med søvn inn i frisklivssentralen. For det ligg ikkje i vår takstplakat, eg arbeidar som fysioterapeut, med poliklinisk eller kurative pasientar. Sjølv om eg arbeidar i kommunen så arbeidar vi kurativt, slik at eg må forhalde meg til takstplakaten, vi krev eigenandelar, men det ligg ikkje i vår takstplakat, eg kan ikkje krevje eigenandel av søvnbehandling. Så då måtte eg få det inn, eg måtte trikse det til og få det inn i frisklivssentralen. Så den behandlinga, eller det tilbodet eg har er gratis. Mhm, ja.

S1: Mhm.

I3: Så eg har arbeida med søvn... behandling av kroniske søvnevanskar sidan i alle fall sidan 2018.

S1: Kva var det som starta interessa di innafor søvn, var det noko spesielt?

I3: Ehm, ja, det var jo faktisk mi eiga erfaring, for eg... når eg fekk son nummer to, så hadde han ei periode der han vekte meg veldig mykje om natta. Også, og då fekk eg på ein måte, altså eg blei vekt så mange gongar at det til slutt utvikla seg til eit søvnproblem. Eg vart redd for å gå å leggje meg fordi at han vekte meg, eg var så redd for at no vekker han meg, no vekker han, no vaknar han snart, no vaknar han snart. Og det var heilt forferdeleg å ikkje få sove, og pappa har alltid hatt søvnevanskar, og då kjente eg sjølv på kroppen kor forferdeleg det her er. Og eg kom meg ut av det, så, så eg klarte å på ein måte, då visste eg ikkje om at det fanst behandling.

S2: Mhm.

I3: Også gjekk eg ein tur, treningstur og så tenkte eg, hmm, eg var litt lei av å vere fysioterapeut *lett latter*, også tenkte eg «Gud kva anna skal eg gjere, dersom eg ikkje var fysioterapeut, kva skulle eg gjort då»? Også... herregud eg kan jo arbeide med søvn! Det er jo så mange som slit med søvn, kjempemange! Det må jo vere mogleg å behandle dette her! Så det var slik eg byrja å oppsøkje kurs. Finnast det kurs? Kva finnast av behandlingstilbod? Ja. Så det var slik interessa, det var eigentleg mitt eige problem som førte til at eg fekk interessa for det, mhm.

S1 og S2: Mhm.

S2: Følte du då at du fekk god nytte liksom inn mot klinikken av den kunnskapen?

I3: No føler eg det meir og meir ja. For berre nokre år sidan når eg byrja så var det veldig lite fokus på søvn. Men eg syntest det har vorte meir og meir no, så det er lettare for folk å snakke om det berre no. Søvn har hittil vore... opplev eg i alle fall, dei fysioterapeutane som, nei dei pasientane som er tilvist til meg som fysioterapeut, syntest det er vanskeleg å snakke, altså vanskeleg å snakke om søvnproblema, dei vil helst ikkje sei noko om det, det er litt skambelagt, dei føler seg litt dumme, eller dei tenkjer at det har ikkje så mykje å sei.

S1 og S2: Mhm.

I3: Ja.

S1: Er det ofte då... kva type søvnevanskar, kva type pasientar er det du møter?

I3: Altså så eg arbeidar jo då todelt. Mesteparten av mi stilling er knytt opp mot, som rein fysioterapeut i kommuna, så eg vil seie det er i alle fall 90 prosent av stilling er knytt opp mot det. Så der møter eg pasientar med somatisk sjukdom, dei er tilvist til meg som fysioterapeut. Men då spør eg, ikkje alltid men, det er ikkje som rutine men... etter kvart som ein vert kjent med pasienten så spør eg: «Korleis er det med søvnen»? I alle fall dersom dei har kroniske smerter og, kroniske sjukdommar.

S1 og S2: Mhm.

I3: Dei må eg forhalde meg til på ein litt annan måte enn dei eg får tilvist direkte frå fastlege som søvnbehandling. For eg driv også rein søvnbehandling. Så eg har to... det er todelt, mi erfaring med søvnbehandling, så som sagt eg har. Flesteparten av pasientane kjem til meg som rein søvnbehandling, altså dei som omhandlar søvn. Også har eg, kan eg snappe opp nokre fysioterapipasientar som slit med søvn.

S1: Mhm. Dei med søvnevanskar som primærproblematikk, er det då innan kognitivterapi du behandlar dei?

I3: Ja! Dei som er tilvist... det er jo seks ulike søvnlidingar folk kan ha slik grovt sett. Og dei eg behandlar, dei har insomni og døgntyrmeforstyringar. Så dette narkolepsi, og restless legs og søvnapné behandlar jo ikkje eg, det er sjukehus som behandlar. Fastlegane kan jo like gjerne behandle sine eigne pasientar, men dei har så mykje å gjer så dei syntest det er godt og tilvise dei vidare til meg, for eg har, ja, eg har jo betre tid, og så får dei ei oppgåve mindre. Så det eg gjer, eller ja, dersom vi skal følgje intervjuguiden, dersom dykk vil ha det litt ryddig *ler lett*. Så alder, kjønn og livssituasjon, og på pasientane så kan eg sei at det er jo primært vaksne, i alle aldrar. Men mest sjukmelde, altså yrkesaktive som slit med å sove, og kan ikkje arbeide fullt som fylgje av søvnevanskane.

S1: Mhm.

I3: Mmm... eg har også hatt pensjonistar i behandling, ei som, ho hadde ikkje sove ordentleg på 40 år så... *ler*. Og av dei med døgnrhythmeforstyringar så er det jo unge menneske, der har eg ingen vaksne, og det ligg jo litt i døgnrhythmeforstyringane si natur, at det er jo primært ungdom, og vi har også samarbeida med helsestasjonen i *nabokommunen*. Nokre

ungdommar som ikkje kjem seg på skulen og står i fare for å dette ut av skulegangen fordi dei kjem seg ikkje opp, så dei forsøvd seg til heile skuledagen.

S1 og S2: Mhm.

I3: Også har eg også, saman med frisklivskoordinator her i kommuna så har vi kurs, søvncurs.

S1 og S2: Mhm.

I3: Mhm, men det er jo det er det eg primært gjer, det er ein-til-ein behandling, kroniske søvnevanskar, den... insomnidiagnosa.

S1: Ja det kan jo kanskje vere vanskeleg å sei kva som kjem fyrst, om det på ein måte er plagene eller om det er søvnen. Men ser du ein samanheng i situasjon, kva som kan forårsake søvnproblema?

I3: Eg ser jo det at dei pasientane som er tilvist til meg som fysioterapeut dei har ofte smerter, og det er jo eit studie no som kom i forhold til... ein har jo tenkt at smertene kom fyrst, også får ein søvnplagar, men dei ser jo no at mange av dei som får, til dømes den fibromyalgidiagnosa. Eg har jo endå ganske mange av desse her litt eldre damene, som har fibromyalgidiagnosa, som eg personleg meiner dei har fått litt for lett, fordi fast, eller ja, legane har ikkje gidde meir. Ehm, dei har slitt med søvn i mange år. Og der er ei studie som kom no, og viser jo at dersom du slit med søvnen er det utruleg mykje større sjanse for at du 10 år seinare får fibromyalgidiagnosa, så dei ser at søvnproblemet kom fyrst, også kjem desse kroniske smertetilstandane i kroppen, så det er jo litt interessant.

S1: Mhm.

S2: Absolutt!

S1: Er det andre faktorar du ser som kan disponere for søvnevanskar?

I3: Jaa, dette veit eg jo mykje om, altså eg gjer jo ikkje noko studiar for meg sjølv, men eg må jo støtte meg på litteraturen som viser at dei som har lag til å bekymre seg, altså, det er meir som ein slik personleg disposisjon til å bekymre seg mykje... dei kan fortare få søvnplager. Også ser eg det, det er veldig, veldig mange grunnar til at ein får eit søvnproblem og det kan

vere skilsmisse, dødsfall... lite augeblikk... no ringer telefonen til min son. *reiser seg opp for og leitar etter telefonen*. *Privat samtale på telefonen* (nokre sekund). Unnskyld *latter*.

S1: Det går fint! *smiler*

I3: *latter*. Ehh, ja. Kvar var eg? Dette vert morosamt å transkribere. *latter*

S1 og S2: *ler*

I3: Ehh, jo det var, ja, kvifor folk får søvnplager, det kan vere mange grunnar. Spesielt i småbarnstida slik som det skjedde med meg, men det dei ser er jo at desse her kroniske søvnplagene, då festar dei seg, og sjølv om kanskje småbarnperioden er over, skilsmissa har roa seg, så søv folk dårleg vidare. Og det er det vi går inn og gjer noko med, dei faktorane som vert verande, som opprettheld søvnplagene. Det er relativt lett å behandle. Og det er jo det som er litt sånn fortvilande at ein, det er mange helsepersonell som tenkjer, og fastlegar og som tenkjer at det er så vanskeleg å behandle. At det er sånn der: «Oi, dette er noko ullent, veldig mystisk, som ein må vere spesialist for å behandle... og at det er farleg å gå inn å gjere noko». Men det er jo ikkje det, i det heile teke.

S1 og S2: Nei.

S1: Mhm. Vi berre såg at vi har hoppa over eit stikkord her, men kjønn: Ser du ein forskjell i kjønn?

I3: Hmm, eg har nok primært damer, det vil eg sei. Men, eg har også menn. Eg trur nok damene har lettare for å sei til fastlegen at dei søv dårleg. Og damene har lettare for å sei at: «Men, eg vil ikkje ha den sovemedisinen lengre, eg vil ha ein annan behandling, eg vil sove utan sovemedisin».

S1: Mhm ja. Interessant! I forhold til helse og funksjon da, tenkjer du at søvnavanskane påverkar det? I forhold til pasienten...

I3: Eh jaa, ein av kriteria for at du skal få insomniagnosa er at du skal vere prega av søvnavanskane på dagtid. Og det er dei. Dei er... eg noterte meg litt i intervjuguiden. Dei er jo trøytte, sjølv sagt, dei ser trøytte ut, dei har redusert aktivitetsnivå. Lite energi, dei er ofte sjukmeldt i varierende grad... lett deprimerte når du scorar dei på test av det. Veldig fortvila,

og litt, synes det er litt flaut. Kort lunte. Dei som har born er veldig lei seg fordi dei har så kort lunte mot borna, og toler så lite heime. Dei tek seg saman når dei er på jobb, også ja... er dei kjempeslitne når dei kjem heim.

S1 og S2: Mhm.

I3: Ehm, frynsete, så dei seier, altså at dei tar lettare til tårene, og... heile dagen dreiar seg om søvn. Dei tenkjer på søvnen heile dagen, og tenkjer på natta som skal kome. Så alt dreiar seg om søvnen. Også livet legg dei opp etter, den dårlege natta. Så dei unngår å gå på trening, dei sparar på energien, ikkje alle. Nokon prøvar så godt dei kan å fortsette å trene og, fordi dei har høyrte at det er bra.

S1 og S2: Mhm.

I3: Ja, men dei tenkjer veldig mykje på søvn.

S2: Mhm.

I3: Ja.

S1: Ja. Korleis, eller no kan vi jo slå saman dei to neste spørsmåla, for dei er jo litt like. Men, korleis er det då du forhold deg til desse pasientane? Er det nokon spesielle ting du legg vekt på i behandling, undersøking?

I3: Ehh ja. Dersom vi tek dei som er tilvist til meg frå fastlege, fordi dei har søvnevanskar... dei undersøker, eller eg utreiar og behandlar etter nasjonale retningslinjer. Så eg, nokre har allereie fylt ut søvndagbok og er blitt utreia av fastlege, medan andre har ikkje byrja på det. Så dersom dei kjem til meg og dei har ikkje byrja, altså, dei har berre nemnd til fastlege at dei slit med søvnen, og dei ikkje har byrja å fylle ut søvndagbok, så tar eg dei inn til fyrste time. Og går kjapt gjennom eit av dei skjema som ligg på SOVno. Så det eg brukar mest er det som heiter forenkla søvnutreingskjema. Av og til brukar eg den der litt meir omfattande, med ein som heiter «insomnia interview schedule». Der er det ein heil del på slutten om, om meir tung psykiatri og rus, den går ikkje eg inn på. For eg tar ikkje dei pasientane som har kjent psykiatri og rusvanskar.

S1: Nei.

I3: Ja. Så får dei med seg søvndagbok, skjema som dei skal fylle ut i ei eller to veker. For den er eg nøydt å ha. Også kjem dei tilbake til ny time. Også får dei med seg brosjyrar som eg har bestilt frå SOVno. Alt etter kva søvnliding dei har, men behandlinga av kroniske søvnevanskar eller døgnrytmeforstyrningar. Alt etter kva dei slit med. Også får dei informasjon om behandlinga. Også kan dei tenkje i fred og ro om dei ynskjer å takke ja til tilbodet.

S1: Mhm.

I3: Men eg formidlar alltid håp. Og det er kjempeviktig, å formidle håp om at vi skal hjelpe deg. Du skal sleppe å sove dårleg for alltid og alltid. Du vil bli betre uansett om ikkje vi kjem heilt i mål og du ikkje søv tipp topp. Så kjem du, vi skal hjelpe deg. Og det morosame er jo det at nokon dei vert kvitt søvnproblemet berre på det! Eg hadde nettopp ei no som var tilvist. Ho sov kjempedårleg og kunne ligge vaken heile natta. Så kjem ho tilbake veka etterpå, har fylt ut søvndagbok, har sove som ein stein. Og eg spør: «Kva tenkjer du, kvifor? Kva som har skjedd»? «Nei det var fordi du sa at du skulle hjelpe meg, at du kunne klare å hjelpe meg, og det skulle eg berre slappe av på». *ler*. Og det var jo litt kjekt då. Så ho berre: «Då slappa eg så godt av og tenkte at: ok eg kjem til å få hjelp, dette går over». Og det er jo det som er med søvn: Til mindre du prøvar å sove til lettare går det.

S1 og S2: Mhm.

I3: Så av og til, og ho kom ganske raskt til. Eigentleg skal du ha hatt søvnproblem i alle fall i tre veker, og kanskje tre månadar, før ein kan kalle det kronisk. Ho hadde hatt det i fem veker. Ho var heilt fortvila, Men det hadde liksom ikkje satt seg heilt hos ho.

S1 og S2: Nei.

S1: Så liksom...

I3: Så...

S1: Eller ja, du kan berre snakke du.

I3: Ja! Vidare med behandling, korleis eg forhold meg til det. Då føl eg retningslinjer, det er jo dette som heiter CBTi, eg veit ikkje om dykk veit kva det er? Det er kognitiv, kognitiv terapi, også «i» står for insomni.

S1 og S2: Mhm.

I3: Eeh, og dette er jo forska veldig mykje på korleis ein skal forhalde seg på best mogleg måte og behandle kroniske søvnplagar... utan medisinar. Så det er det eg fylgjer, og retningslinjene ligg på SOVno. Og det er då ein behandlings, altså det er fem komponentar i den behandlinga, og to av dei er dei mest, på ein måte det er hovudkomponentane, du kan velje kven av dei to du vel, og det er opp til folk sjølv. Enten så er det det ein kallar søvnrestriksjon, og det at du basert på søvndagboka til kvar enkelt knip inn natta *gestikulerar at noko vert mindre*. For dei ligg så lenge vaken i senga og dei vakne timane er med på å lage ein slik lakenskrekk, sånn frustrasjon så du forbind, hjernen forbind veldig fort senga med frustrasjon. Slik at når du legg deg dagen etterpå så ligg du litt sånn, i angst sant. Og då får du ikkje sove. Slik at ein tvingar folk til å halde seg vakne og gå og leggje seg, altså du knip inn basert på søvndagboka, så dersom søvndagboka syner at du søv fem timar for natta så får du lov å opphalde deg fem timar der i natt, per natt i senga, fyrste veka. Også er det timar, vi har oppfylggingstimar kvar veke der vi justerer alt etter kor søvndagboka deira syner at dei søv. Så... sjølve behandlinga går ganske radig, sjølv om du har sove dårleg i 40 år. Så på nokre få veker, søv du mykje betre. Så du får meir av den djupe søvnen fordi du vert så trøtt. Og dei tenkjer «ja, men søvn, eg er jo så trøtt eg har jo ikkje sove på 40 år». Jo men du har veldig mange ting du gjer som opprettheld søvnproblemet ditt: går å legg seg tidleg, ligg lenge vaken i senga, ligg å grublar i senga, så kan dei vakne i sekstida om morgonen men dei ligg likevel til klokka halv åtte vaken.

S1: Mhm.

I3: Så hovudregelen er: gå ut av senga dersom du ikkje søv! Du skal ikkje opphalde deg i senga dersom du ikkje søv. Og den eine det er som sagt den søvnrestriksjon der du knip inn [tid i senga], den andre metoda du kan velje det er å stå opp. Så dersom du ikkje har sovna innan 20 minutt så gå ut av senga, set deg i ein stol, dempa belysning, les ei sånn halvkjedeleg bok, også går du tilbake til senga når du kjenner at det byrjar å sige på.

S1: Mhm.

I3: Dei aller, aller fleste eg har dei vel søvnrestriksjon, fordi den er meir ryddig. Så dei må velje seg når dei står opp, og det tidspunktet det endrar vi ikkje på. Men det tidspunktet dei

går å legg seg på, det endrar vi alt etter kvart når dei søv sånn 80 prosent av tida. Men her er det slike klare retningslinjer, som eg berre fylgjer. Dei som ikkje klarar å fylle ut søvndagboka, dei klarar heller ikkje å fylgje behandlinga. Det er ein slik tommelfingerregel. Så du må ha ein viss ressurs og motivasjon og ei forståing.

S1 og S2: Mhm.

I3: Så dei som er i arbeid, dei er ressurssterke og dei har på ein måte livet elles på stell, då går det veldig bra. Dei er, så det er ei veldig kjekk behandling for dei er veldig takknemlege pasientar, det verkar veldig bra.

S1: Og dei pasientane som kjem med, på ein måte til meir vanleg fysioterapi også?

I3: Ja! Det var bra du spurte om! Dei må eg forhalda meg litt annleis til fordi at denne her behandlinga tar litt tid. Så dei som er tilvist for, som får fysioterapi dei går jo allereie to eller tre gongar i veka til meg for behandling av det kroppslege, sant. Og vi kjem litt tett innpå kvarandre på ein annan måte i den søvnbehandlinga, for det ligg jo alltid ein grunn under. Kvifor har du begynt å sove dårleg? Og det er ikkje alle som vil gå inn på det, så ein får på ein måte ein litt annan relasjon. Men det er dette her, eg likar best å ha reine søvnpasientar, men det er, men innimellom som sagt så må eg snappe om dei som søv dårleg som er tilvist for fysioterapi, og då må eg føle meg litt fram. Eeh, då spør eg, eg veit jo kva eg skal spørje om, så eg spør «ja kva gjer du når du ikkje får sove, kor mykje trur du at du søv?»», så spør kanskje medan dei gjer ei øving. Også forklarar eg kva eg arbeidar med, og dersom dei ynskjer det så kan ein setje opp ein eigen time for søvn. Slik at eg blandar aldri søvn inni ein annan fysio, medan dei tar seteløft eller, då vert det berre rot. Så eg er nøydd til å skilje det. For søvn det behandlast på ein heilt separat måte, ja.

S1 og S2: Mhm.

I3: Elles vert det så uryddig. Mhm, ja.

S1: Då vert det på ein måte ein litt meir sånn rettleiande time kanskje? Litt meir slik samtale?

I3: Ja, eg må føle meg litt fram om dei ynskjer å takke ja, eller ynskjer å gjere noko med søvnen sin.

S1: Mhm.

I3: Og dersom dei takkar ja, då set eg opp ein time, og då, då behandlar eg dei heilt likt som frisklivs-pasientane ja.

S1 og S2: Mhm. Ja.

I3: Då er dei på ein måte slusa inn i, i den... men, eg driv ikkje med slik søvnbehandling... midt oppi ein fysiotime, for det går ikkje.

S1: Nei.

I3: Nei, for eg er nøydt å halde meg til retningslinjene og, gje dei den behandlinga dei... men viss ehm, men eg har jo høyrte om slik søvnhygieneråd. Du skal ikkje drikke kaffi og slike ting, og det, det kan du snakke litt sånn lauseleg om i ein fysiotime, men dersom du har eit søvnproblem, du har fått altså eit kronisk søvnproblem i fleire veker og månadar, så er det ikkje nok, desse søvnhygieneråda. Då er ikkje det nok alltid å kutte kaffi, eller passe på at du ikkje er kald på føta når du legg deg, eller ikkje trene for seint. Det, det er litt meir alvorleg, det er litt djupare problem, problemet sitt litt.

S1 og S2: Mhm.

I3: Eh, ja.

S2: Spannande! Men, det er i alle fall veldig tydeleg at du har fokus på det her, men opplev du at andre ha på ein måte, berre slike generelle fysioterapeutar har fokus på søvn?

I3: Nei! Eg kjenner jo mange av fysioterapeutane her i området. Dei har mange pasientar som slit med søvnen, men dei sjølv gjer ikkje noko med det for dei veit ikkje kva dei skal gjere. Og det er heller ikkje nokon du kan tilvise til... her i området... bortsett frå pasienten sin eigen fastlege, men det er veldig få fastlegar som jobbar med det her i området. Og mine kollegaar også, dei sender sine pasientar til meg. Men dei har ikkje, dei har ikkje noko, sjølv, vist noko interesse for å auke sin eigen kunnskap om søvn. Eg føler at både, andre fysioterapeutar, i alle fall her i området tenkjer at søvn er innvikla og vanskeleg og eit litt skummelt felt å gå inn på.

S1: Mhm.

S2: Ja.

I3: Eh, så eg snakka med fastlegen, sidan dykk har spørsmål om profesjonar. Det er fastlegane eg samarbeida med. Ja innleiingsvis sa eg jo at eg høyrde jo til ei mindre sone før. Så dei fastlegane i den sona dei samarbeider eg med og vi kjenner kvarandre godt, og vi har faste møter. Også er det jo dessverre slik at, slik at det er veldig mange som slit med søvn, og vi har avgrensa ressursar. Så min leiar har sagt: «Vi veit at det er eit kjempeproblem. Dersom vi opnar opp så heile *noværande kommune* kan tilvise pasientar til deg for søvn, så får ikkje du arbeide med fysioterapi i det heile teke». Og mi stilling er jo knytt opp mot fysioterapi. Sånn at det er ein sånn hemmelegheit *ler*.

S1 og S2: *ler*

I3: Så det er berre dei pasientane i *tidlegare kommune* som får komme til meg. Så det er, eg syntest jo dette er heilt forferdeleg *humoristisk tone*. Og eg har jo sendt melding til kommunalsjef at eg er her og eg kan dette her og har interessa, slik at om det vert ei prosjektstilling eller noko midlar som vert lyst ut frå helsemyndigheitene, så er kompetansen her allereie.

S1: Mhm.

I3: Fastlegane dei orkar ikkje, å ta tak for dei har så mykje å gjere. Men dei er blitt flinkare, for eg sender jo mailar til dei og snakkar om søvn ein del. Så dei er flinkare til å gje desse råda om: «ja ok, ikkje ligg vaken i senga, stå opp», altså desse enkle [råda]. Men å følgje og gjere det heilt skikkeleg, det gjer dei ikkje. Men det var ein fastlege som arbeida tidlegare her, for det er eit veldig stort legesenter her. Og han brukte akkurat same, han arbeida med det same som meg, på same måte. Og han sa det at han, i så mange personalmøte hadde han snakka med kollegaane sine og prøvd å få opp interessa, og prøvd å be dei gå på kurs i søvn, men det var inga interesse for det altså.

S1: Nei...

I3: Men dei hadde jo utskifting og no er det heilt andre legar som jobbar der enn då, han har

slutta og jobbar *ein annan stad* no. Men... han sa at: «det er berre meg og deg [informantens namn] *ler*».

S1 og S2: *ler*

I3: Og eg spurde jo han. Då var jo eg heilt ny og var litt usikker i forhold til, eg er jo ikkje lege, og han sa: «men einaste forskjellen på oss...», det er at han har tilgang til reseptblokka. «Og elles jobbar vi heilt likt» sa han. Så du kan jobbe, sjølv om du er fysioterapeut, kan du behandle søvnpasientane på lik linje med ein lege. Du må berre alliere deg med ein fastlege viss du treng melatonin, eller du lurar på noko medisinsk. I forhold til, du skal vere litt forsiktig med nokon, dei som har sånn manisk depressiv [liding], då skal du på ein måte tilpasse opplegget litt. Ja, og det var jo litt godt å høyre, men for å svare på spørsmålet ditt: det er lita interesse, folk vegrar seg. Til og med mine nærmaste kollegaar vegrar seg for å på ein måte å ta i det her søvnfeltet. Endå! Men eg trur det endrar seg.

S1: Ja. Har du ein tanke om kvifor det er slik?

I3: Eg trur dei berre er redd. Dei, tenkjer at søvn er veldig skummelt. Ja, mhm. Det er jo, ja... «oi dette her er vanskeleg, oi», sant. Og mange pasientar tenkjer og det: «Nei men eg har sove dårleg i alle år», at dei tenkjer at søvn ikkje er noko du kan behandle. Du kan ikkje sove betre. «Eg søv dårleg eg, sånn er eg, det er meg. Og du må ikkje komme bort å... forstyrre min søvn». Altså, dei er redd sjølvsagt for å bli enda verre, eller eg veit ikkje kva dei eigentleg er redd for, med det er ein slik... ja, ja.

S1 og S2: Mhm.

I3: Nei, søvn det er noko sånn mystisk som enten så er det der eller så er det ikkje der. *ler*

S1: Men det fokuset og den rolla som vi på ein måte har no ovanfor søvnevanskar, korleis tenkjer du den bør utvikle seg?

I3: Eg tenkjer jo at det er eit kjempeproblem. Det er veldig, veldig mange som søv dårleg. Og det er rikeleg av pasientar til alle. *Kurshaldaren* som hadde den her søvnsamlinga på vidareutdanninga eg tok, han trygla kommunane om å byrje å behandle søvn. Dei som slit med søvnen. Han sa: «Vær så snill. Dei druknar i pasientar i tredjelinjetenesta, dei må leggje

ned tilbudet sitt for dei kan ikkje oppretthalde fristen». Så det har, dette er jo mange år sidan og det kan hende det har endra seg sidan, men det, dei får tilvist i frå heile landet. Også er det så lett å behandle! Så han, han ba oss instendig om å byrje å behandle, og på det, den vidareutdanninga var det fastlegar, det var psykologar, manuellterapeutar, ergoterapeutar, fysioterapeutar, sjukepleiarar. Så det var alle profesjonar. Så han skilde ikkje, han var veldig open for at alle kan behandle [søvnvanskar], men sjølvsagt må du ha kurs i det.

S1 og S2: Mhm.

I3: For du må vite kva du gjer, sjølvsagt, men det er ikkje umogleg for fysioterapeutar å ja, men du må alliere deg, du må ha ein dialog med fastlegane.

S1 og S2: Mhm.

I3: Mhm.

S1: Kva, finnest det, altså tenkjer du det finnest nokre ulemper med å arbeide med søvn som fysioterapeut.

I3: Ulempa er jo at du kan ikkje takste. Så enten må du då vere tilknytt, eller eg er ikkje ein ekspert på takstplakaten, men eg vil jo tenkje at viss du har eit 100 prosent driftstilskot så er du låst i 100 prosent fysio, og då må du no vel arbeide på fritida då. Eller så må du vere tilknytt frisklivssentral der du kan ha, du kan sjølvsagt arbeide utanom og ta det på ettermiddagen. Det er jo eigentleg det eg har lyst til, for eg ser det; det er så mange eg ikkje får hjelpt, fordi eg er så låst til denne her hemmelegheita *lagar hermeteikn* at berre *pasientar frå tidlegare kommune* [får komme til ho som fysioterapeut], ja. Og det veldig, veldig mange, og eg synes det er veldig, veldig gøy å jobbe med søvn, fordi det fungera så bra. Men, eg tenkjer fysioterapeutar på lik linje med andre profesjonar. Eg er jo fysioterapeut, det er ikkje noko unikt med meg, så eg har bere tatt kurs i det og har ja, byrja å jobbe og vore så heldig at eg fekk snike det inn, sant.

S1 og S2: Mhm.

I3: Eg får byrje å få erfaring, for det er klart, det er lurt å ha eit visst volum av pasientane, for eg lærer noko nytt for kvar einast pasient. Og då held du på ein måte kunnskapen oppe og når du har, har eit par i veka, slik at du ikkje, det går ikkje for lang tid frå, frå kvar søvnpasient.

S1 og S2: Mhm.

I3: Mhm.

S1: Korleis tenkjer du vi kan utvikle, altså kva er vegen å gå for å utvikle den rolla?

I3: Eg tenkjer det i alle fall må vere fokus på søvn og korleis det påverkar våre pasientar også i utdanninga, for det er jo der dykk får på ein måte planta det fyrste frøet. Også må ein tenkje, må dykk vite at søvn, du treng ikkje vere psykolog eller psykiater for å jobbe med søvn. For du går ikkje inn i følelser, altså det er, er ei veldig konkret behandlingsmetode. Du må vite at det går an å behandle, og vite at søvn påverkar pasientane våre. Og så er det dette med kurs. Eg har ikkje oversikt over kor ofte, og kor mykje kursing det er, men det går jo an å spørje. Det er veldig lett å spør dei i den nasjonale kompetansetenesta SOVno. Det er vel Haukeland som har det ja, og Bergen søvnsenter. Men eg tenkjer fysioterapeutar vi gir så mykje til sjukepleiarane. Det er alltid sjukepleiarane: «Ååå, dei er som ei potet, dei kan brukast til kva som helst» *lystig tone*. Jo men det kan vi og, absolutt! Dei har ingenting om søvn i si utdanning... fastlegane har ingenting om søvn. Så dei kan ingenting dei heller.

S1 og S2: Mhm.

I3: Så, vi kan ta kurs, og lære oss noko nytt. Det er ikkje slik at du har blitt fysioterapeut og då kan du berre muskel-skjelett resten av livet, du kan jo utdanne deg til kva som helst, sant.

S1 og S2: Ja! *nikkar*

I3: Men ein må jo ha interessa for det, også må ein behandle det skikkeleg, separat. Ikkje sånn samansausing av øvingar medan du driv med søvnbehandling, for det går ikkje.

S1: Nei...

S2: Mhm. *nikkar*

S1: Kva tenkjer du det kan ha å seie for oss som yrke å byrje å jobbe meir med det [søvnvanskar]? Sånn, litt sånn organisatorisk kanskje?

I3: Mm ja, det veit eg, ja eg tenkte, eg såg spørsmålet. Ehh, eg veit eg faktisk ikkje om eg kan svare på. Det einast eg tenkjer er jo at, at vi skal ikkje vere så redd for å gå inn på andre sitt felt.

S1: Mhm.

I3: Ja. Og at... Vi kjem 100 prosent sikkert til å komme bort i pasientar som slit med søvn, og det påverkar deira si helse negativt, både på kort og lang sikt. Så sjølv sagt, dersom du kan hjelpe pasienten din til å sove betre, så har nok det større effekt enn øvingane du gjev.

S1 og S2: Mhm.

I3: Mhm.

S1: Frå dei tidlegare intervju har vi snakka litt om det her med å på ein måte snakke med pasientane om årsak ovanfor symptom. Men at det av og til kan vere vanskeleg å vite kvar går grensene for kva, kva vi kan snakke om, og kva ein psykolog kan snakke om...

I3: Mhm. *nikkar anerkjennande*

S1: Kva tenkjer du om det?

I3: Ja... det er eit godt spørsmål, no har jo eg arbeida i veldig mange år som fysioterapeut og eg har vorte mindre og mindre redd for å spørje om ting. For folk, ein ting, for du må føle deg litt fram, og det må vere rett tid og stad. Men når det gjeld søvnen så går, du treng ikkje å gå inn i... du treng ikkje å gå inn i veldig tung materie. Lat oss seie søvnplagene vart utløyst av eit dødsfall i familien, du treng ikkje å gå inn i det dødsfallet. Med mindre pasienten ynskjer det, og då lyttar du. Og eg gjev meg aldri ut på noko samtaleterapi knytt opp mot den utløysande faktoren. For det kjenner eg at det har eg ikkje kompetanse til. Då tilviser, då ber eg dei alltid om å ta kontakt med fastlege eller spør om dei har gått til psykolog, eller om dette er noko dei føler dei skulle ha jobba seg igjennom. Men eg går ikkje inn i det, men eg synes det er veldig godt at eg kan behandle søvnen avskilt. Så før tenkte dei at, la oss seie du var deprimert og du hadde søvnplagar, då tenkte dei at på ein måte viss du behandlar

depresjonen så vert søvnen betre og, men sånn er det ikkje lengre. No behandlast det kvar for seg. Men søvnen, viss du behandlar søvnen, då vert de depresjonen betre. Så søvnen kan du uansett gjere noko med, og kanskje det andre, både angsten og depresjonen, bli betre då.

S1 og S2: Mhm.

I3: Mhm. Eg veit ikkje om det var svar på spørsmålet ditt?

S1: Mmm jo. *nikkar*.

S2: Mhm.

I3: *ler*

S1: Det var det. Vi skal byrje å avslutte, men først så lurte vi på om vi liksom kan summere opp litt: Kva er det viktigaste vi har snakka om? Kva tenkjer du?

I3: Eg tenkjer det viktigast er at viss ein har interesse for søvn som fysioterapeut: ta kurs og vidareutdanning i det, ikkje vær redd for å gå inn i det fagfeltet. Og søvnen påverkar heile livet til pasienten. Og det er veldig lett, eg kallar det relativt lett å behandle. Det tek nokre veker, du må stå litt i det. Men det er ikkje umogleg å behandle. Og det er ei behandlingsmetode vi som fysioterapeutar absolutt kan lære oss. Det er veldig klare retningslinjer på det, store studiar, over 200 studiar som visar at denne metoda verkar.

S1: Mmhm.

I3: Mhm...

S1: Mhm ja. Er det noko meir du tenkjer vi ikkje har snakka om som burde komme med?

I3: Nei...*tenkjer* Eller i går når eg sat og las gjennom, men no har vi jo for så vidt snakka om det, det var i forhold til det, vent det var jo om effekten. Verkar det? Er det kjekt å arbeide med? Ja! Så det var det eg skreiv, vi var jo litt innom det i stad, at dette er dei mest takknemlege pasientane.

S1: Mmm jo.

I3: Det har mykje meir å sei enn dei øvingane vi gjev. Det fungerer, og det fungerer fort, og

pasientane vert veldig glade. Dei vert som nye menneske. Åh *sukkar letta*. Både det psykiske at «Å, no kan eg gå å leggje meg, og eg veit at eg får sove». Også på dagen at dei har meir energi, dei er seg sjølve igjen, ja.

S1 og S2: Mmm.

I3: Så veldig kjekt fagfelt å arbeide med. Og døgnrytmeforstyrningane og, det går radig altså. På ei veke så har elevene kome seg på skulen igjen, du berre følgjer ei heilt klar retningslinje som berre ligg der, men du må vite litt kva du gjer, ja.

S1 og S2: Mmm.

I3: Så, ja... folk kjem seg på arbeid. Eg hadde ein vaksen mann som, han kom seg på arbeid igjen, og elevar kjem seg på skulen, så det er kjekt å arbeide med.

S1: Mmhm.

I3: Ja. Mhm.

S1: Supert! Då... skal vi berre stoppe opptaket...

I3: Ja!