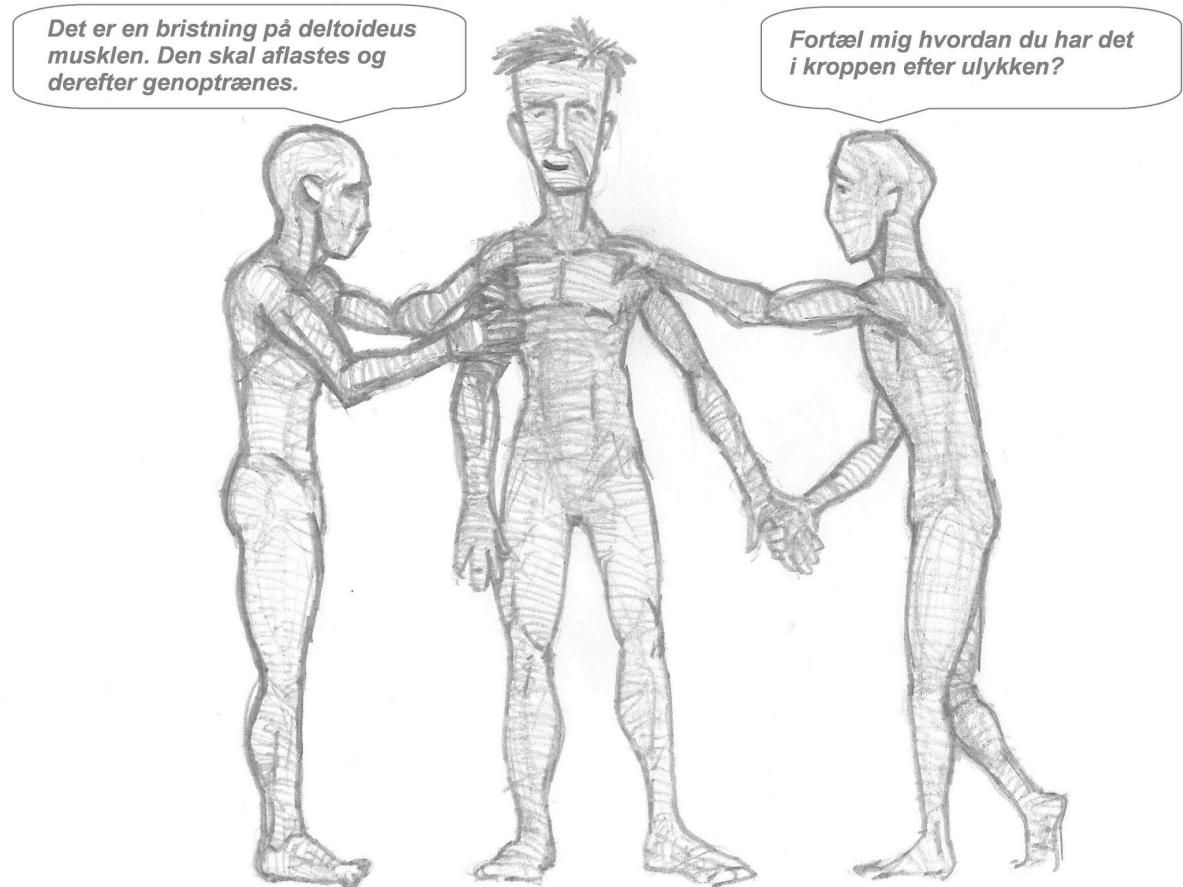


# Tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter i klinisk praksis

Et kvalitativt bachelorprojekt fra psykomotorikuddannelsen 2011



Skrevet af

Rolf Auhagen (stud. nr. 0613)

Pernille Burø (stud. nr. 0626)

Vejleder: Celina Salver

Afleveringsfrist 04.01.2011

Antal anslag uden mellemrum: 94.889

Antal normalsider: 39,5

Opgaven må udlånes

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Resumé</b>	<b>5</b>
<b>2. Abstract</b>	<b>6</b>
<b>3. Problembaggrund</b>	<b>8</b>
<b>4. Problemformulering</b>	<b>11</b>
4.1 Opgavens fokus og afgrænsning	11
4.2 Begrebsafklaring	12
4.3 Litteratursøgning til baggrundsviden og teoretisk reference.	14
<b>5. Opgavens opbygning</b>	<b>14</b>
<b>6. Metodeafsnit</b>	<b>15</b>
6.1 Videnskabelig tilgang	15
6.2 Teoretisk referenceramme	16
6.3 Undersøgellesdesign	17
<b>7. Forforståelse</b>	<b>18</b>
<b>8. Teoretisk referenceramme</b>	<b>19</b>
8.1 Fysioterapiens historie	19
8.2 Fysioterapiens virkingsfelt og kernekompetencer	20
8.3 Psykomotorisk terapi historie	21
8.4 Den psykomotoriske terapi virkingsfelt og kernekompetencer	22
8.5 Teori om tværfagligt samarbejde	22
8.5.1 Tværfagligt samarbejde	23
8.5.2 Flerfagligt samarbejde	23
8.6 Vilkår og omstændigheder ved tværfagligt samarbejde	24
8.6.1 Organisatoriske faktorer	24
8.6.2 Personlige faktorer	25
8.7 Motivation	26
8.7.1 Vallerand	26
8.8 Fra teori til praksis manual	27
8.3 Tværfaglige metoder	28
<b>9. Undersøgellesdesign – planlægning, udførelse og bearbejdning</b>	<b>29</b>
9.1 Trin 1 - Opdage emner og spørgsmål	30
9.2 Trin 2 - Foretage interviews	30
9.3 Trin 3 - Sammensætte kriterier, der lokaliserer deltagere, samt etiske overvejelser	30
9.3.1 Praktiserende fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter	31
9.3.2 Fagforeningerne	31
9.3.3 Ethiske overvejelser og samtykkeerklæringer	32
9.4 Trin 4 - Lave interviewguide	32
9.5 Trin 5 - Foretage interviews	33

<b>9.6 Trin 6 - Organisere og analysere data</b>	<b>34</b>
9.6.1 Fase 1	34
9.6.2 Fase 2	36
9.6.3 Fase 3	36
9.6.4 Fase 4	36
<b>10. Resultater</b>	<b>38</b>
<b>10.1 Grundlag for tværfagligt samarbejde</b>	<b>38</b>
10.1.1 Fagenes forskelligheder	38
10.1.2 Fagenes ligheder	39
10.1.3 Behov for intervention	40
10.1.4 Klientens/patientens udbytte	40
<b>10.2 Tværfaglige metoder</b>	<b>40</b>
10.2.1 Møder og kommunikation	40
10.2.2 Vidensdeling og supervision	41
10.2.3 Sundheds- og sygesikringsoverenskomstsysteem	41
<b>10.3 Forhindringer for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter</b>	<b>41</b>
10.3.1 Fordomme, manglende forståelse og viden	41
10.3.2 Værdier, kultur og traditioner	42
10.3.3 Økonomiske ressourcer og ledelse	42
10.3.4 Evidensbasering	43
10.3.5 Sundhedssystem	43
<b>10.4 Fremtiden for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter</b>	<b>43</b>
10.4.1 Syn på ideelt tværfagligt samarbejde	43
10.4.2 Motivation	44
10.4.3 Profilerings	45
10.4.4 DF og DAP's rolle	45
10.4.5 Fremtid	46
<b>11. Metodekritik</b>	<b>47</b>
11.1 Fejlkilder	47
11.2 Metodens forcer	48
<b>12. Diskussion</b>	<b>49</b>
<b>12.1. Grundlag for tværfagligt samarbejde</b>	<b>50</b>
12.1.1 Fagenes ligheder og forskelle	50
12.1.2 Behov for intervention fra begge fag	51
<b>12.2 Tværfaglige metoder</b>	<b>52</b>
<b>12.3 Forhindringer for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter</b>	<b>54</b>
12.3.1 Manglende viden	54
12.3.2 Tid og økonomi	56
12.3.3 Evidens	57
12.3.4 Andre faktorer (værdier)	57
<b>12.4 Fremtiden for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter</b>	<b>58</b>
12.4.1 Profilerings og ansvar	58
<b>13. Konklusion</b>	<b>61</b>
<b>14. Perspektivering</b>	<b>64</b>

<b>Litteraturliste</b>	<b>66</b>
<b>Bilag 1 - Informationsbrev</b>	<b>68</b>
<b>Bilag 2 - Samtykkeerklæring</b>	<b>70</b>
<b>Bilag 3 – Interviewguide (fagforbund)</b>	<b>71</b>
<b>Bilag 4 – Transskribering (ejer og fysioterapeut)</b>	<b>73</b>
<b>Bilag 5 – Oversigt over informanter</b>	<b>79</b>
<b>Bilag 6 – Samlet matrice</b>	<b>80</b>
<b>Bilag 7 – CD indhold</b>	<b>103</b>

## 1. Resumé

Baggrunden for projektet er, at der fra sundhedsvæsenets side er stillet nye krav til de sundhedsfaglige professioner om at øge kvaliteten i patientplejen ved at blive bedre til at samarbejde på tværs af fagene. På professionsbacheloruddannelserne er der nu indført et tværprofessionelt modul for at være med til at sikre dette, men der foreligger ikke nogen redegørelse, for hvordan de to eneste sundhedsfaglige fag, der indeholder manuelle behandlingsfag, kan supplere og indgå tværfagligt med hinanden.

Problemformulering lyder:

### **Hvordan kan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter supplere hinanden i et tværfagligt samarbejde indenfor klinisk praksis?**

Med 5 kvalitative semistrukturerede interviews undersøges **omstændighederne** i forhold til et tværfagligt samarbejde mellem **fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter**. Der fokuseres på, hvad der forhindrer det tværfaglige samarbejde og ikke mindst hvilke tiltag, der skal iværksættes for at etablere og udvikle et funktionelt tværfagligt samarbejde. Som analysemetode bruges elementer fra **Malteruds udgave af Giorgis analysemodel**, der egner sig godt til tværgående analyser med mange informanter. Yderligere beskrives centrale begreber og omstændigheder for **tværfagligt samarbejde**.

Undersøgelsen viser, at der er mange facetter, som har betydning for, at de to faggrupper kan supplere hinanden. Her fremhæves de væsentligste; **forhindringer såsom manglende viden og evidensbaseret, tydelig faglig profilering, samt hjælpepersonaleordning under sygesikringsoverenskomst**.

Ved at inddrage vores teoretiske referenceramme og forforståelse, analyseres og diskuteres resultaterne fra undersøgelse, som leder frem til følgende konklusion:

Fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter kan supplere hinanden i tværfagligt samarbejde indenfor klinisk praksis ved at lære om hinandens faglige kompetencer. I den kliniske praksis,

kan de gøre brug af de metoder, som allerede er foreslået indenfor teorien, men de kan også benytte den nye overenskomstordning, her kaldet hjælpepersonaleordningen. Den indebærer, at fysioterapeuter kan ansætte andre faggrupper som supplement i et behandlingsforløb. Det er primært de psykomotoriske terapeuter, der skal tage initiativet til at etablere det tværfaglige samarbejde. Dette skal gøres ved blandt andet at profilere sig tydeligere overfor fysioterapeuter og resten af samfundet.

## 2. Abstract

The health authorities have made a new demand on health professionals of all kinds – they must now become better at interdisciplinary cooperation in order to improve the quality of the treatment of patients. The new demand from the health authorities constitutes the background for this project. A course on interdisciplinary corporation has been introduced to all professional bachelor degrees within the health professions in order to meet the demand from the health authorities. However, there is currently no scheme to make sure that the only two professional bachelor degrees that has manual treatment will complement each other and engage in interdisciplinary corporation.

Thus the question which this project will try to answer is:

### **How can physical therapists and psychomotor therapists complement each other in interdisciplinary corporation within clinical practice?**

The conditions for interdisciplinary corporation between physical therapists and psychomotor therapists will be investigated through 5 semi-structured interviews. We will investigate which elements that can hinder interdisciplinary corporation and what actions can be taken in order to establish and further develop interdisciplinary corporation. In order to make the analysis we will use elements of **Malterud's version of Giorgi's model for analysis**. This model for analysis is especially suitable for an analysis containing many interviews on a broad range of subjects. Furthermore we will describe important terms and conditions for **interdisciplinary corporation** from a theoretical perspective.

This project shows that there are many aspects which have importance when it comes to physical therapists and psychomotor therapists complementing each other. Especially worth mentioning are the following aspects: **Knowledge of each other's profession; the degree of evidence within the professions; a clear profile of each profession; and a scheme for hiring assistant personnel within the governmental health care agreement.**

While using theoretical points of reference and our own pre-understanding we analyze and discuss the results of our interviews and this leads to the following conclusion:

**Physical therapists and psychomotor therapists** can complement each other in interdisciplinary corporation within clinical practice by increasing knowledge of each others professional qualifications. Within **clinical practice** they can use methods which have already been introduced by different authors on interdisciplinary corporation as well as a new scheme for hiring assistant personnel within the governmental health care agreement. This new scheme provides the opportunity for physical therapists to hire personnel from other professions in order to complement the treatment of patients. Psychomotor therapists must take on a special obligation to initiate interdisciplinary corporation. This is among other things done by creating a much more distinct professional profile towards physical therapists and society as whole.

### 3. Problembaggrund

*”Formålet med uddannelsen til professionsbachelor i fysioterapi er at kvalificere den studerende til efter endt uddannelse at kunne fungere selvstændigt som fysioterapeut og til at indgå i et fagligt og tværfagligt samarbejde inden for fagområdets virksomhedsfelter.”*

(BEK nr. 831 af 13/8 2008)

*”Formålet med uddannelsen er, at den studerende tilegner sig den teoretiske og praktiske viden samt den faglige og personlige erfaring, der er nødvendig for at kunne fungere selvstændigt som psykomotorisk terapeut. Det er målet, at den studerende skal kunne fungere inden for det psykomotoriske funktions- og arbejdsområde samt indgå i tværfagligt samarbejde.”*

(Studieordning UCC, 2010)

Ovenstående citater er uddrag fra bekendtgørelse og studieordning fra hhv. fysioterapeut og psykomotorisk terapeut uddannelserne, og de fortæller, at begge fag skal kunne indgå i tværfagligt samarbejde. Men hvad betyder tværfagligt samarbejde egentlig i praksis, når de to sundhedsfaglige fag skal samarbejde på tværs af faggrænserne? Og hvad kan de egentlig samarbejde om?

MUUSMANN Research & Consulting udarbejdede i 2006 en stor rapport, den såkaldte Muusmannrapport, som indeholdt en analyse af den forventede udvikling indenfor sundhedsområdet indenfor de nærmeste 5-10 år, og en oversigt over, hvilke krav denne udvikling måtte forventes at stille til sundhedsprofessionsuddannelserne (Muusmann, 2006). En arbejdsgruppe under undervisningsministeriet foreslog på baggrund af denne rapport i 2006, at tværfagligheden derfor skulle øges på professionsuddannelserne (Undervisningsministeriet, 2006). Dette har medført, at der på uddannelserne for professionsbachelor er blevet indført et tværfagligt modul, hvis formål er at bringe tværprofessionaliteten i spil på uddannelserne, så kvaliteten i omsorgen for borgere, klienter, patienter mv. højnes og ressourcerne udnyttes bedst muligt både i den primære sektor og i sygehusregi (Muusmann, 2006). Generelt vil der i fremtiden være større krav til, at der i

sundhedsvæsenet skal arbejdes på tværs af faggrupper, og derfor skal de studerende lære mere om tværfagligt samarbejde.

Blandt de sundhedsfaglige uddannelser er der kun to uddannelser, hhv. fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter, som indeholder manuelle behandlingsfag. Fysioterapeuternes og psykomotoriske terapeuters formål, er ifølge bekendtgørelserne at give hhv. klienter og patienter mulighed for sundhedsfremme, behandling, forebyggelse og rehabilitering mm. (BEK nr. 831 af 13/8 2008 og BEK nr. 207 af 31/3 2008).

Tager man sig tid til at kigge lidt nærmere på de to uddannelsers studieordninger, vil man kunne se at fordelingen af ECTS-points ligner hinanden rimelig meget. Der er et ganske stort sammenfald imellem mange fag, men uddannelserne adskiller sig fra hinanden, når det gælder vægningen af hhv. de naturvidenskabelige og de humanistiske fag. Fysioterapeuterne har hovedvægten på de naturvidenskabelige fag og de psykomotoriske terapeuter har hovedvægten på de psykologiske og pædagogiske fag.

<b>Fysioterapeut (studieordning 2008)</b>	<b>ECTS</b>	<b>Psykomotorisk terapeut (studieordning 2010)</b>	<b>ECTS</b>
Fysioterapeutiske fag og Klinisk Undervisning (praktik)	139	Psykomotoriske fag og praktik	138
<b>Natur- og de øvrige sundhedsvidenskabelige fag</b> • <b>Sygdomslære og hygiejne</b>  • <b>Folkesundhed</b>  • <b>Social og arbejdsmedicin</b>	<b>46</b>	Natur- og sundhedsvidenskabelige fag	27
Samfundsvidenskabelige fag	10	Samfundsvidenskabelige fag	10
Humanistiske fag	15	<b>Humanistiske fag</b> • <b>Psykologi</b>  • <b>Pædagogik</b>	<b>35</b>
ECTS i alt	210	ECTS i alt	210

Selvom de to fag har vidt forskellige faglige indfaldsvinkler, metoder og behandlingsteknikker, har de også fælles fundament og referencerammer. Det er derfor nærliggende, at disse to fag indgår i et tværfagligt samarbejde, for at klient/patient kan få et bedre udbytte af behandlingen. Dog tyder noget på, at det på nuværende tidspunkt, ude i praksisfeltet, ikke fungerer optimalt og i overensstemmelse med undervisningsministeriets visioner.

Under indsamlingen af empiri til denne opgave har vi erfaret, hvor svært det er at finde fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter, som samarbejder tværfagligt indenfor den kliniske praksis. Der foreligger ikke samlet information om, hvor og hvordan et sådant samarbejde praktiseres, og hvor mange behandlere der arbejder på denne måde.

Igennem vores uddannelse og praktikker samt under opstarten til denne opgave, er vi stødt på eksempler med negative erfaringer og forestillinger de to fag imellem. En typisk forestilling fra psykomotoriske terapeuter er, at fysioterapeuter kun ser mekanisk på deres patienter og ikke det hele menneske. Omvendt er en psykomotorisk terapeut eller afspændingspædagog i en fysioterapeuts øjne, bare én der får folk til at slappe af. Vi har mødt psykomotoriske terapeuter som er af den overbevisning at fysioterapeuterne er protektionistiske eller ligefrem tager alt arbejdet, og snakker man med fysioterapeuter er indtrykket, at en del nok er ligeglade med psykomotoriske terapeuter, for de kender næsten ikke noget til dem eller deres kompetencer. Det fortæller os, at der er et stridspunkt i forhold til at udvise respekt og ligeværd overfor hinanden som faggrupper, og hvis det virkelig er måden, vi forholder os til hinanden på, når vi er så tæt relateret, er det svært at forestille sig et sundt tværfagligt samarbejde. Dét er et problem for os som fagfolk, fordi det hurtigt bliver til en kamp om stillinger og personlige holdninger, men ikke mindst et problem for vores klienter/patienter, som derved måske ikke får den hjælp og behandling, der er optimal for den enkelte.

I litteraturen forbindes tværfagligt samarbejde ofte med de komplicerede sager indenfor det sociale arbejdsfelt, og tværfagligt samarbejde er ifølge både Morten Ejrnæs (2006) og Lauvås & Lauvås (2004) blevet et modeord. Tværfagligt samarbejde bliver ofte kritiseret for at være

meget vanskeligt at udføre på arbejdspladserne, fordi diskrepansen mellem teori og praksis ofte er for stor og derved bliver til en hindring for at kunne levere den høje helhedsorienterede kvalitet til klienterne, som var intentionen.

Det har ikke været muligt for os at finde noget konkret materiale om tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter. Det faktum, at det er så svært at finde både materiale og udøvende fagfolk, som indgår i tværfagligt samarbejde, indikerer at der mangler undersøgelse og afklaring af, hvordan man gør, og hvad der skal til for at de to fag optimalt kan drage nytte af hinandens kompetencer. Vi mener bestemt, der er et videnshul, som vi med denne opgave ønsker at begynde at fylde i det omfang det er muligt.

## **4. Problemformulering**

Ovenstående problembaggrund leder frem til følgende problemformulering:

**Hvordan kan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter supplere hinanden i et tværfagligt samarbejde indenfor klinisk praksis?**

### **4.1 Opgavens fokus og afgrænsning**

Vi ønsker at undersøge, hvilke omstændigheder der er i forhold til et tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter, hvad der forhindrer det tværfaglige samarbejde og ikke mindst hvilke tiltag, der skal iværksættes for at etablere og udvikle et funktionelt tværfagligt samarbejde.

Vores fokus i undersøgelsen af det tværfaglige samarbejde ligger indenfor klinisk praksis, hvilket her betyder en behandlingsklinik og de rutiner mv., der findes i en sådan. Grunden til dette er, at vi mener, det er oplagt at se på, hvordan de to eneste fag indenfor de sundhedsfaglige professioner, der indeholder et manuelt behandlingsfag, kan supplere hinanden i et samarbejde. Samtidig er vi overbevidste om, at hvis et sådant tværfagligt samarbejde udnyttes konstruktivt, vil det give stort udbytte for patienter, klienter, behandlere og ikke mindst samfund. Ved at vægte opgaven imod den kliniske praksis, holder vi os

desuden ude af en eventuel diskussion om hvilke af de to faggrupper, der har ret til at udføre hvad, da de to fags andre arbejdsområder indeholder overlappende elementer.

Vi håber, at vores konklusioner vil kunne synliggøre mulighederne ved et tværfagligt samarbejde for især de praktiserende psykomotoriske terapeuter og fysioterapeuter. Ejere af fysioterapi klinikker vil måske kunne få øjnene op for, at psykomotoriske terapeuter kan være et velkomment supplement, der kan bidrage til viften af behandlingsmetoder i klinikken. Samtidig ville det være rart hvis vores resultater også ville kunne overføres til andre dele af fagenes arbejdsområder.

## **4.2 Begrebsafklaring**

**Klinisk praksis:** Loni Leddere (2009), der er sygeplejerske og ph.d. skriver i sin artikel ”*Hvorfor er det svært at ændre klinisk praksis*”, at klinisk praksis henviser til form, organisering og udførelse af en række sammenhængende aktiviteter, som foregår i klinikken. I forbindelse med denne opgave er betydningen af klinisk praksis, de opgaver, der er i en behandlingsklinik, som omhandler behandling af klienter og patienter. Det betyder samtidig, at vi ikke inddrager andre arbejdsområder som kommunale enheder, psykiatrien, hospitaler, træningscentre mv., hvor der allerede foreligger generelle fremgangsmetoder til tværfagligt samarbejde.

**Tværfagligt samarbejde:** Begrebet tværfagligt samarbejde anvendes i flæng, og det er svært at finde en entydig definition. Vi har taget udgangspunkt i Lauvås & Lauvås (2004) og bruger deres forklaring, at tværfagligt samarbejde er hvor personer fra flere forskellige faggrupper i fællesskab finder løsninger på problemer, der rækker ud over den enkelte faggruppes kundskaber og metoder.

**Fag/profession:** Her i opgaven har vi valgt at benytte ordene ”fag” og ”profession” i samme betydning, og vi gradbøjer ikke værdien af de to ords betydning. Lauvås & Lauvås (2004) definerer et fag eller en profession ved dets:

- Virkeområde
- Metoder

- Menneskesyn
- Begreber
- Teknologier

Et fag består altså af mange forskellige facetter og ikke bare det produkt faget skaber.

**Tværfagligt samarbejde vs. tværprofessionelt samarbejde:** På samme måde som ovenstående, har vi valgt ikke at gradbøje tværfagligt samarbejde og tværprofessionelt samarbejde, selvom de teoretisk set må have sine forskelle. Professionsbacheloruddannelserne bruger begrebet tværprofessionelt, men i denne sammenhæng ser vi det ikke relevant at skelne mellem de to begreber. Lauvås & Lauvås (2004) skriver, at de vælger at bruge ordet tværfagligt samarbejde, fordi det til stadighed er det mest brugte i dagligsproget og derfor mere forståeligt for menigmand.

**Patient/ klient:** Fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter har forskellige betegnelser for deres ”kunder”; fysioterapeuter bruger betegnelsen patient og psykomotoriske terapeuter bruger betegnelsen klient. Her forklares de to begreber.

**Patient:** Fra latin → at lide

*”En person som modtager behandling på et hospital eller hos en læge.”*

(Politikens store fremmedordbog, 2000, s.574)

**Klient:** Fra latin → en der hører

*”En person som får hjælp eller pleje hos en fagligt uddannet ekspert eller rådgiver”*

(Politikens store fremmedordbog, 2000, s.403)

**Psykomotorik og afspændingspædagogik:** Den nye fagtitel psykomotorisk terapeut er så ny (trådte i kraft foråret 2010), at det langt fra er alle, der har taget den til sig og bruger den aktivt. Vi bruger derfor i denne opgave begge titler ”psykomotorisk terapeut” og ”afspændingspædagog” synonymt med hinanden.

### **4.3 Litteratursøgning til baggrundsviden og teoretisk reference.**

For at finde information om tværfagligt samarbejde har vi søgt i flere biblioteks- og forskningsdatabaser. Desuden har vi brugt internettet og hjemmesider fra de respektive fagforbund i vores søgen. Vi har både søgt efter materiale om tværfagligt samarbejde generelt og efter specifikt materiale om tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter.

Det er ikke lykkedes os at finde noget materiale om det tværfaglige samarbejde i klinisk praksis mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter. Det har kun været muligt at finde materiale om andre kombinationer af faggrupper, som ikke direkte kan overføres i forhold til dette projekt. Følgende er en liste over søgeord og databaser:

**Databaser og søgesteder:** Danmarks pædagogiske bibliotek, Danske Fysioterapeuter (DF), Danske Psykomotoriske Terapeuter (DAP), diverse biblioteksdatabaser, Sundhedsstyrelsen, Cinahl, ERIC, Cocrane, Arbejdsmiljøinstituttet, Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Google.

**Søgeord:** Tværfagligt samarbejde, psykomotorik, fysioterapi, tværfaglig, flerfaglig, behandling, crossdisciplinary, team, psykomotoric, treatment m.fl.

## **5. Opgavens opbygning**

Vores problembaggrund og problemformulering giver forhåbentlig et rimeligt billede af hvad denne opgave vil handle om. Nedenfor gives en kort oversigt over opgavens videre opbygning.

I næste afsnit metodeafsnittet (6) ridser vi opgavens brugte metoder op. Så præsenterer vi vores forforståelse i afsnit (7), for at give læseren en ide om vores position i forhold til synsvinkler mv. Derefter følger et afsnit med opgavens teoretiske referenceramme (8) som indeholder information om fysioterapeuternes og de psykomotoriske terapeuters historie og arbejdsområde samt beskrivelse af begreber og fænomener indenfor tværfagligt samarbejde mm. Så kommer vi til undersøgelsesafsnittet (9) med gennemgang af, hvordan vi har planlagt

og udført vores undersøgelse, samt en yderligere uddybning af de brugte metoder. Vi laver en præsentation af vores undersøgelsesresultater i resultatafsnittet (10). Derpå følger metodekritikken (11) som leder videre til diskussionen (12), hvor vi vil belyse vores emne fra flere sider. Næstsidst vil vi komme med en konklusion (13) på opgavens problemstilling og til sidst en kort perspektivering (14).

## 6. Metodeafsnit

### 6.1 Videnskabelig tilgang

Bryder man begrebet ”tværfagligt samarbejde” op og sætter det sammen på en anden måde ville det lyde i retning af: ”at arbejde sammen på tværs af fagene”. Denne sammensætning af ord tydeliggør, at begrebet i sig selv indebærer flere forskellige sociale interaktioner og sociale fænomener, som umiddelbart kan være svære at måle. Af den grund har vi valgt at bruge den kvalitative forskningsmetode. Metoden kaldes også ”den forstående forskning”, og den bruges, når man vil opnå forståelse af sociale fænomener og enkeltpersoners egenoplevelse af disse. Tove Thagaard, der er professor på Institut for sosiologi og samfundsgeografi i Oslo, skriver om dette i sin bog ”*Systematik og indlevelse*” fra 2008, hvor hun diskuterer relationen mellem systematik og indlevelse og pointerer, at indlevelse giver forskeren forståelse og indsigt, mens systematik er knyttet til, hvordan forskeren forholder sig til dataindsamlingen (Thagaard, 2008).

I og med at vi ikke har opstillet en hypotese, vi ønsker be - eller afkræftet, men derimod i stedet ønsker at forstå, få indblik i og forsøge at forklare begreber og omstændighederne for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter, er det et oplagt valg at tage udgangspunkt i den fænomenologiske tilgang<sup>1</sup>. Svend Tanggaard og Lene Brinkmann, er begge professorer ved Institut for Kommunikation ved Aalborg Universitet, og skriver i deres nye bog fra 2010 ”*Kvalitative metoder*” om, hvordan mennesker oplever og beretter om verden, hvordan de agerer, og hvordan menneskelige fænomener fremtræder og

---

<sup>1</sup> Fænomenologien tager udgangspunkt i individets subjektive oplevelse og søger at opnå en forståelse af en dybere mening i den enkeltes erfaringsverden. Det er centralt at forstå fænomener på grundlag af undersøgelsessubjektets/aktørernes perspektiv og beskrive fænomenerne, som de opfattes af dem (Thagaard, 2004).

udvikler sig i komplekse sammenhænge. De belyser, at det inden for den fænomenologiske tilgang er essentielt, at man lægger sin forforståelse og teoretiske referenceramme væk, imens man undersøger sit problem, for derefter at tage den frem og bruge den konstruktivt i resultat- og diskussionsafsnittet (Tanggaard & Brinkmann, 2010). Men da vi selv er en del af det ene fag og derfor har en anden forforståelse end en evt. udefrakommende, er det nødvendigt også at benytte sig af den hermeneutiske<sup>2</sup> tilgang i opgaven. Merete Bjerrum, der er lektor ved Aarhus Universitet, skriver i sin meget anerkendte bog, *"Fra problem til færdig opgave"* (2005), om hermeneutikken, at det er vigtigt at gøre sig bevidst, i det omfang det er muligt, at forforståelsen påvirker hele opgaveprocessen. Vi bør altså være opmærksomme på dette for at forebygge, at vores tilhørsforhold som psykomotoriske terapeuter påvirker resultatet i for høj grad. Det har vi gjort ved hver for sig at skrive vores forforståelse ned så specifik som muligt, inden vi er gået i gang med selve indsamlingen af empiri. Derefter er teksterne med forforståelserne blevet lagt væk og tages først i brug igen senere i skriveprocessen efter databearbejdningen, på den måde vil vi kunne se i hvilken grad, vores forforståelse har påvirket undersøgelsen.

## **6. 2 Teoretisk referenceramme**

Da opgaven overvejende er empirisk båret er teori afsnittet ikke meget omfattende, og det bruges hovedsagelig til at give læseren baggrundsviden om de to fag og til at forklare nogle centrale begreber indenfor tværfagligt samarbejde.

Til at begynde med gives et kort rids af fagenes historie, kernekompetencer og arbejdsområder. Til dette er brugt bøger om de respektive fag, studieordninger, informanternes oplysninger samt fagforeningernes hjemmesider.

I afsnittet om tværfagligt samarbejde, belyses kort hvad tværfagligt og flerfagligt samarbejde er. Lauvås og Lauvås, der henholdsvis er første emanuensis og professor ved Oslo Universitet, beskæftiger sig med tværfagligt samarbejde ud fra en samfundsvidenskabelig

---

<sup>2</sup> Hermeneutikken understreger betydningen af at fortolke folks handlinger ved at fokusere på et dybere meningsindhold end det umiddelbart indlysende. Der lægges vægt på at mening kun kan forstås i lyset af den sammenhæng, det studerede indgår i (Thagaard, 2004).

vinkel. De kombinerer teoretisk indsigt med praktisk erfaring og lægger vægt på de pædagogiske udfordringer, der er knyttet til tværfagligt samarbejde i deres bog fra 2004 ”*Tværfagligt samarbejde*”. Vi benytter dem til at belyse de strukturelle omstændigheder for tværfagligt samarbejde, da de er nogle af de mest opdaterede og benyttede i den sammenhæng. I den forbindelse kan det nævnes at de bruges som baggrundslitteratur i det tværfaglige modul på uddannelserne. Margit Knudsen, som har været med til at udvikle og evaluere metoder indenfor tværfagligt og tværsektionelt<sup>3</sup> arbejde på børne- og ungeområdet og Bente Hoeck og Mette Stylsvig, der har udarbejdet en litteraturundersøgelse om tværfagligt samarbejde, benyttes undervejs for at give en mere praktisk indgangsvinkel til det tværfaglige samarbejde.

Sociologen, Morten Ejrnæs, hvis forskning også benyttes på uddannelsen, inddrages for at anskueliggøre nogle af de vilkår, der påvirker tværfagligt samarbejde.

For at belyse nogle af de mere personlige faktorerers indvirkning, bruger vi Kjell Dahl, som arbejder med bl.a. konflikt og arbejdsmiljø indenfor den private og offentlige sektor. Han forklarer i en artikel hvilke psykologiske aspekter, der har betydning for funktionelt tværfagligt samarbejde. I litteraturen nævnes motivation som en af de vigtige faktorer, og derfor inddrager vi Robert J. Vallerands hierarkiske model for motivation. Vallerand er professor i psykologi ved Université du Québec à Montréal med motivation som specialeområde.

### **6.3 Undersøgellesdesign**

Under indsamlingen af empirien har vi brugt en meget benyttet fremgangsmetode, udarbejdet i 1994 af den amerikanske humanistiske psykolog Clark Moustakas. Metoden er beskrevet i Tanggaard & Brinkmann, som fremhæver den som nyttig indenfor den fænomenologisk inspirerede metode. Den består af 6 trin, som vi detaljeret vil gennemgå i undersøgelsesafsnittet og på den måde fremlægge vores planlægning, indsamling samt bearbejdning af data. Derved tilstræber vi, at læser kan følge med i, hvordan vi er kommet

---

<sup>3</sup> Der er tale om tværsektorielt samarbejde når flere sektorer, afdelinger eller forvaltninger arbejder sammen i forhold til en kommunal indsats. (lokaliseret d. 4. december 2010. <http://pub.uvm.dk/2002/ungdomspolitik/bilag01.htm>)

frem til de resultater, der senere hen præsenteres og diskuteres med henblik på at besvare vores problemstilling.

Vi bruger det kvalitative forskningsinterview og som interviewform har vi valgt det semistrukturerede interview som beskrevet af Steinar Kvale (2009). Kvale er norsk professor i pædagogisk psykologi og leder af center for kvalitativ metodeudvikling ved Aarhus Universitet. Det semistrukturerede interview finder vi mest relevant, idet vi ved brug af denne metode kan undersøge emner og fænomener og løbende stille uddybende spørgsmål.

Kirsti Malterud er praktiserende læge og deltidsprofessor i almen medicin og har de seneste år forsøgt at gøre kvalitative forskningsmetoder anerkendte i medicinsk forskning. Til bearbejdning af data bruges mange elementer fra Malteruds udgave af Giorgi's fænomenologiske analysemodel<sup>4</sup>, der består af 4 trin. Den model passer godt til vores undersøgelse, fordi den er systemisk, uden at være kvantitativ og den egner sig godt til tværgående analyse, når man har flere forskellige informanter, der taler om de samme fænomener (Malterud, 2003).

## **7. Forforståelse**

Dét, at vi er ved slutningen af vores uddannelse til psykomotoriske terapeuter, gør uundgåeligt at vi vil have en bias i forhold til denne undersøgelse, uanset hvor umage vi gør os for at undgå dette. Vi er gennem vores uddannelse blevet præget af det psykomotoriske fags historie med alt hvad det indebærer, og vores egen motivation for at vælge psykomotorikuddannelsen frem for fysioterapeutuddannelsen må ej heller glemmes.

Vores bevæggrund for at undersøge problemet, er blandt andet at hjælpe med til at skabe et bedre arbejdsmiljø mellem de to faggrupper. Undervejs gennem uddannelsen, har vi eller studiekammerater, haft mindre succesfulde oplevelser i mødet med fysioterapeuter.

Fysioterapeuter er uden tvivl rigtig gode til deres fag og rigtig mange patienter bliver hjulpet, men som alle andre fag har fysioterapien også begrænsninger, måske især når det handler om helhedsorienterede problematikker. Den psykomotorisk terapeut kommer ofte til kort, når det

---

<sup>4</sup> Giorgi er fænomenolog og var en af de første til at præcisere hvordan man kan arbejde med meningskondensering og nævnes ofte i kvalitative metoder.

decideret er symptombehandling, der er brug for. Vores udgangspunkt er, at det er indenfor disse felter, fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter bør benytte hinanden i et tværfagligt samarbejde og vi er af den opfattelse, at et sådant samarbejde vil være til stor gavn for klienter/patienter, da der vil være flere indgangsvinkler til vurderingen af årsager og behandlingsmetoder.

I undersøgelsen og fortolkningen kan vi ikke komme udenom, at der kan opstå en uligevægt i og med, at vi kender den psykomotoriske kliniske praksis indefra, hvilket ikke er tilfældet med den fysioterapeutiske behandlingspraksis. Én af os arbejder under projektets udarbejdelse som psykomotorisk behandler i en fysioterapeutisk klinik, hvilket både har været inspirator for og en hjælp til denne opgave.

Vi er tydeligt interesserede i at vores eget fag udbredes, ikke på bekostning af andre, men som en del af en større enhed hvor klienter og patienter er i centrum. Målet med behandlingen skal være at de i størst mulig omfang skal slippe af med deres gener, hvad enten det er den ene eller den anden behandlingsform, der hjælper den enkelte.

## **8. Teoretisk referenceramme**

Dette teori afsnit vil hovedsageligt bestå af information, som er nødvendig for læserens forståelse for opgavens tema og spørgsmål. For at give et billede af de to fag, vi vil til at begynde med kort at gennemgå fagenes historie, så læseren kan få en idé om deres tilknytning til samfund og sundhedsvæsen.

### **8.1 Fysioterapiens historie**

Dette korte historiske rids er skrevet på baggrund af jubilæumsudgivelsen *”100 år i gode hænder”*, der er skrevet i anledning af fysioterapiens 100 år (Flindt-Jensen & Nielsen, 2002). Desuden er der brugt informationer givet af formanden for DF under hans interview.

En svensk fægtelærer Per Henrik Ling (1776-1839) udviklede i Stockholm et behandlingssystem, der kombinerede massage og gymnastik. Dette skulle blive fysioterapiens

første skridt. Fysioterapien i Danmark stammer tilbage fra 1902 hvor brødrene Teilman begyndte ”Uddannelseskursus for sygegymnaster, Massøser og Massører”. Kåre Teilman var uddannet sygegymnast i Sverige og Folmer Teilman var uddannet læge. I begyndelsen var det en privatuddannelse, og for den tid en rimelig dyr uddannelse, hvor eleverne hovedsageligt bestod af unge kvinder af velhavende forældre.

I begyndelsen var der en del lignende uddannelser af svingende kvalitet, og da man ønskede ordnede forhold for massørerne blev ”Dansk massage og sygegymnast forening” stiftet i 1909. I 1914 indførtes lægeautorisation for massører/massøser, og eftersom det var læger, der stod for autorisationen, blev der knyttet tætte bånd imellem de to faggrupper. Lægerne betragtede dog massøsen som en medhjælp og ikke som en selvstændig behandler. Det var i 1952, at betegnelsen fysioterapeut blev indført, og den tidligere Massør, Massøse og Sygegymnast titel blev sløjftet og foreningen ”Danske Fysioterapeuter” (DF) fik det navn, den har i dag.

I 1968 blev faget statsautoriseret og dermed mere frigjort fra lægerne. Fysioterapien har løbende udviklet sine metoder og arbejdsområder. I 1997 blev der lavet en større evalueringsrapport om fysioterapeutuddannelsen, som mandede ud i en række relevante justeringer og forbedringer. En akademisering af faget tog fart i slutningen af 1990’erne, hvilket førte til en omfattende videnskabeliggørelse med et stort fokus på evidensbaseret af faget. Uddannelsen fik i 2001 sin nuværende status som professionsbacheloruddannelse, og i dag er der ca. 10.000 fysioterapeuter i Danmark. DF har foreslået, at fysioterapeuterne kan stå for at visitere patienter videre i systemet og på den måde aflaste læger mm. På den måde forsøger fysioterapeuterne nu at udvide deres arbejdsområde indenfor sygehusvæsenet.

## **8.2 Fysioterapiens virksomhedsfelt og kernekompetencer**

Fysioterapiens virkeområde omfatter træning og behandling med det formål at påvirke menneskers evne til at bevæge sig optimalt. Fysioterapeuten tilbyder ydelser, der går ud på at udføre, lede og formidle fysioterapi inden for udredning, diagnostik, behandling, lindring, sundhedsfremme, bevarelse af sundhed, sygdomsforebyggelse og rehabilitering. Det fysioterapeutiske virksomhedsfelt tager udgangspunkt i, at bevægelse er et essentielt fænomen

for menneskets udfoldelse. Fysioterapeuten kan identificere det enkelte menneskes bevægelsespotentialer og ud fra dette foretage fysioterapeutisk intervention, der sigter mod at opnå den optimale bevægelseskapacitet (BEK nr. 831 af 13/8 2008).

### **8.3 Psykomotorisk terapies historie**

Kilderne til denne historiske gennemgang er bogen *"Tekster om faget"*, der er skrevet af den siddende formand for DAP Ea Akasha (Akasha et al, 2003) og informationer hentet fra DAP's hjemmeside.

Afspændingspædagogikken har eksisteret som fag siden midten af 1930'erne. I 1940'erne etablerede tre af fagets ledende kvinder, Gerda Alexander, Ingrid Prahm og Marussia Bergh hver deres afspændingspædagogiske uddannelse. De afholdt i 1959 den første internationale kongres nogensinde om afspænding. Igennem årene opstod der flere private skoler, og på et tidspunkt var der otte. Allerede i 1965 begyndte forhandlinger med sundhedsstyrelsen om autorisation, og dette arbejde fortsatte et godt stykke op i 1970'erne, uden at det dog lykkedes at opnå autorisationen, bl.a. fordi Sundhedsstyrelsen var bange for, at uddannelserne ikke var ens nok. Dansk Psykiatrisk Selskab skulle i 1971 lave en kvalitetsvurdering og overvære eksamenerne på en af skolerne. Det resulterede i, at de anbefalede, at uddannelsen blev 4 årig, og at der blev nedsat et censorråd, som kunne kontrollere kvaliteten på uddannelserne.

I 1977 blev der nedsat et kontaktudvalg, der bl.a. bestod af en repræsentant fra hver af de afspændingspædagogiske skoler, hvilket i 1978 førte til stiftelsen af en fællesorganisation "Danske afspændingspædagoger DAP". Fra 1982 kunne eleverne på afspændingspædagoguddannelserne modtage SU og studielån. I 1993 blev der indgået grænseaftaler<sup>5</sup> med Danske Fysioterapeuter, som holdt i 10 år. Derudover aftaltes det, at DF fremover varetog forhandlingerne om afspændingspædagogernes overenskomster. DAP blev hermed medlem af FTF<sup>6</sup>. DAP blev i 1997 medlem af Sundhedskartellet, hvilket betød fuld anerkendelse fra de øvrige faggrupper - arbejdsmæssigt og ikke mindst uddannelsesmæssigt. Omkring år 2000 blev de tilbageværende skoler på Sjælland på nær én sammenlagt, så der nu

---

<sup>5</sup> En aftale der satte rammer for hvilke arbejdsopgaver de respektive fag måtte udføre.

<sup>6</sup> Hovedorganisation for partipolitisk uafhængige tjenestemand- og funktionærorganisationer, der har forhandlingsret med hensyn til løn- og arbejdsforhold (ftf.dk).

er en skole i Randers, en i Hillerød og en privatskole i København. Fra år 2002 kunne man blive professionsbachelor i afspænding og psykomotorik og i 2010 blev fagtitlen, på opfordring fra de studerende, ændret fra afspændingspædagog til psykomotorisk terapeut. Det sidste nye indenfor faget er, at der fra DAP's side er lagt op til endnu en debat, om hvorvidt psykomotoriske terapeuter skal forsøge at blive autoriserede og komme ind under sygesikringen. Der er ca. 1000 medlemmer af DAP i dag.

#### **8.4 Den psykomotoriske terapies virksomhedsfelt og kernekompetencer**

Det psykomotoriske virksomhedsfelt omfatter sundhedsfremme, rehabilitering, forebyggelse, behandling, bevægelse, undervisning, pædagogisk formidling og ledelse af gruppedynamiske processer indenfor både den offentlige og private sektor. Arbejdsopgaver og virksomhedsfelt tager udgangspunkt i det enkelte individs ressourcer og udviklingsmulighed med det formål at fremme individets muligheder for at fungere og indgå i sociale sammenhænge. En psykomotorisk terapeuts arbejdsområde retter sig mod enkeltpersoner og grupper i alle aldre, raske såvel som syge inden for behandling, undervisning og formidling med udgangspunkt i samspillet mellem krop, kognition, emotion og handling (Studieordning UCC, 2010).

#### **8. 5 Teori om tværfagligt samarbejde**

Der findes mange mere eller mindre komplicerede definitioner og teorier om det tværfaglige samarbejde, og i litteraturen bruges ordet tværfaglig meget forskelligartet og inkonsekvent (Hoeck & Stylsvig, 2004).

Hoeck & Stylsvig refererer til Mccallins omfattende litteraturgennemgang fra 2001, hvor Mccallins slutter sin gennemgang med, at der findes meget lidt evidens for det praktiske virkefelt indenfor tværfagligt samarbejde. Det gælder manglende beskrivelser af både metode og effekt, hvilket gør det svært at skabe de rette retningslinier for tværfagligheden i den kliniske praksis (Hoeck & Stylsvig, 2004).

Vi ønsker med vores teoriafsnit at afklare, hvad tværfagligt samarbejde i sin simpleste form er, hvilke faktorer der spiller ind, og hvordan man kommer i gang eller udvikler det tværfaglige virke.

### **8.5.1 Tværfagligt samarbejde**

Ifølge Lauvås & Lauvås (2004) betyder begrebet, tværfagligt samarbejde, at flere forskellige faggrupper i fællesskab finder løsninger på problemer, der rækker ud over den enkelte faggruppe, men hvor den enkelte faggruppes repræsentant bidrager, hvor det er relevant. I bogen *"Tværfagligt samarbejde"* beskæftiger Lauvås & Lauvås sig med begrebet ud fra en samfundsvidenskabelig vinkel og giver forklaringer på forskellige niveauer af samarbejde. Her i opgaven arbejdes kun med to af disse begreber, nemlig tværfagligt samarbejde og flerfagligt samarbejde.

### **8.5.2 Flerfagligt samarbejde**

Flere personer fra forskellige fag arbejder sammen mod et fælles mål. Der etableres dog ikke nogen direkte kontakt imellem de forskellige indgangsvinkler eller vidensgrundlag som fagene repræsenterer. De deltager alle aktivt for at nå målet, men der er ingen integration eller vidensoverlap (Lauvås & Lauvås, 2004).

Nedenstående belyser hvordan et tværfagligt team kan placere sig uhensigtsmæssigt mellem to yderpunkter, nemlig:

A. En gradvis udviskning af faglige grænser. Arbejdet går fra at være tværfagligt til at blive et samarbejde mellem personer, der besidder stort set samme viden og erfaring. Her kan det også ske at én faggruppes overskyggende dominans kan bortdefinere de andre faggrupper, der indgår i samarbejdet.

B. En arbejdsform, hvor hver fagperson arbejder relativt selvstændigt med egne ansvarsområder og med ganske lidt samarbejde, kommunikation og informationsudveksling.

Lauvås & Lauvås (2004)

Begge yderpunkter er uhensigtsmæssige og man må som tværfagligt team have for øje at disse fænomener kan opstå, og derfor være bevidst om hvor imellem de to yderpunkter, man ønsker at placere sig (Lauvås & Lauvås 2004).

## **8.6 Vilkår og omstændigheder ved tværfagligt samarbejde**

Groft opdelt kan faktorer inddeles under tværfaglighed på organisatorisk plan og på et mere personbestemt plan. Ingen af dem kan dog stå alene.

### **8.6.1 Organisatoriske faktorer**

Sociologen Morten Ejrnæs kommenterer sit store forskningsprojekt fra 2004<sup>7</sup> i en artikel til et kommunalt blad. Han fremhæver, at hvis man vil finde fordelene ved at samarbejde tværfagligt, må man først gøre sig klart hvilke karakteristika, der er for de forskellige professioners fagligheder. En af konklusionerne på undersøgelsen var, at fagenes forskelligheder næppe er en hindring for tværfaglighed, men at myter og fordomme om ”de andre” fag kan være skadelig for samarbejdet (Ejrnæs, 2009).

Lauvås & Lauvås (2004) beskriver en organisation som et socialt system, der med sin bestemte struktur, fastsatte mål og magtcentre lægger rammen for samspil for de mennesker, der samarbejder der. Det sociale system skaber i sig selv begrænsninger, men giver også nye muligheder. Det er nødvendigt for en arbejdsplads at have et officielt formuleret formål for

---

<sup>7</sup> Empirisk undersøgelse af sociale faggruppers holdning til tværfagligt samarbejde og inddragelse af andre faggrupper.

arbejdsgangen, fordi det angiver rammen for, hvad arbejdet skal indeholde. Samtidig er det nødvendigt at afklare roller og rollefordeling i det tværfaglige forum.

Om ledelse og magt skriver Lauvås & Lauvås (2004), at magt er en aktørs mulighed for på et givent tidspunkt at påvirke holdninger eller adfærd hos andre i netop den retning, aktøren ønsker. De skriver endvidere, at ledelsen har en betydning for tilrettelæggelsen af tværfagligt samarbejde i forhold til, hvordan det må forankres i den formelle struktur, der allerede er på arbejdspladsen. Forskellig status og dominans indenfor faggrupperne er en vigtig faktor:

*”Kampen mellem professionerne er ikke en abstraktion ude i samfundet. Det er en realitet, som lægger en ramme omkring det daglige arbejde og en problemskabende faktor i samarbejdet omkring klienterne indenfor enhver organisation.”*

(Lauvås & Lauvås, 2004, s. 124)

En anden vigtig faktor er, at der må forudsættes og fordres respekt for alle erhvervsgrupper, som findes i organisationen. Knudsen (1998) fremhæver betydningen af, at ledelsen afsætter den fornødne tid i starten til at starte en kultur i organisationen, som fordrer, at gensidig respekt og påskønnelse udvikles, hvilket er et fundament for et godt samarbejds miljø, hvor man som fagperson tør markere sin faglige vurdering.

Margit Knudsen (1998) skriver videre, at tidligere erfaringer med metodeudvikling af tværfagligt samarbejde i praksis, har vist, at det er essentielt at bruge de nødvendige ressourcer på at tilvejebringe den motivation, der skal til for at få det optimale udbytte.

### **8.6.2 Personlige faktorer**

Kjell Dahl (2001) lægger i sin artikel vægt på den personlige udvikling som en del af udviklingen i det tværfaglige samarbejde. Han forklarer, hvordan personens grundlæggende værdier og holdninger har betydning for evnen til at give og modtage i et samarbejde. For at forstå nogle af de processer, der foregår under udviklingen af et tværfagligt samarbejde, kan man ifølge Dahl (2001), se på nogle psykoanalytiske referencer, blandt andet teorien om at mennesker søger sammen med ligestillede. Han påpeger desuden, hvordan ligheden mellem

mennesker er med til at opbygge identitet og tryghed, hvorimod forskellighederne kan resultere i uro og usikkerhed. Hvis forskellighederne bliver for store, kan det nogle gange føre til ”krig” mellem individer, grupper, afdelinger og organisationer. Det gode tværfaglige samarbejde kan først opnås, når gruppen har fundet sin måde at balancere mellem de ligheder og forskelligheder der er.

Når man indgår i et tæt samarbejde, vil personen, udover at skulle løse en faglig opgave, skulle forholde sig til sin egen vilje til at give og modtage, men også til at se sin egen usikkerhed i øjnene. Dette kan imidlertid true personens identitet, og den eneste mulighed for at afværge dette er ved at ødelægge fokus for opgaveløsningen. (Dahl, 2001).

## **8.7 Motivation**

*”Alle mennesker vil udvikling, men dypest sett ønsker vi ikke endring.”* (Dahl, 2001. s. 19)

I så godt som alle teorier og tekster vi har været igennem om emnet tværfagligt samarbejde fremhæves begreberne vilje og motivation, som vigtige faktorer for et succesfuldt tværfagligt samarbejde. På trods af dette, er det begrænset, hvor meget de forskellige forfattere forklarer mere om begreberne. Taget i betragtning at der endnu ikke er et fast etableret og formuleret samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter, er det oplagt i denne opgave at inddrage motivationsteori, og her bruges Vallerands hierarkiske model for motivation til at belyse temaet.

### **8.7.1 Vallerand**

Vallerands motivationsteori beskriver en hierarkisk model, som indeholder en flerdimensionel tilgang til motivation i to dele. Den første del beskriver, hvad Vallerand kalder: *den indre-, ydre-, og amotivation*, og i anden del sætter han den *indre-, ydre-, og amotivation*, ind i tre hierarkiske niveauer, *det situationelle, det kontekstuelle og det globale niveau* (Hassmén et al 2005). De tre niveauer går vi i ikke videre ind i, da første del af teorien er fuldt dækkende for behovet i denne opgave.

*Indre motivation* er når personen udfører en handling for fornøjelsens skyld, man skaber et eller andet, opnår læring eller oplever måske stimulans i form af positive oplevelser. Personer, der er motiveret af indre motivation, søger oplevelse af glæde, nydelse og afslapning som belønning for at yde.

*Ydre motivation* indebærer, at personens motivation er udefrakommende. Det kan være belønning i form af præmier, løn, straf via restriktioner eller skyldfølelse. Ydre motiverede udsætter sig selv for større pres og nervøsitet, da muligheden for kontrol er mindre. Personer, som drives af ydre motivation, deltager ofte for at opnå belønninger af social eller materiel karakter frem for at følge indre lyst og interesse.

*Amotivation* forekommer oftest, hvis personen oplever manglende kapacitet, ressourcer eller evner til at udføre opgaven. Andre grunde kan være, at pågældende opgave kræver for meget energi, at personen ikke tror på den foreslåede strategi, løsning eller følelser af hjælpeløshed og manglende kontrol i situationen.

## **8.8 Fra teori til praksis manual**

I den gennemgåede litteratur er der mange bud på, hvad der skal til, og hvordan man kommer i gang med tværfagligt samarbejde. Stort set alle slår fast, at hvis man ønsker et tværfagligt samarbejde, må man starte med at formulere et fælles grundlag og et fælles formål.

Det vil være for omfattende at drage flere modeller ind, så vi præsenterer nedenfor en model, vi mener, kan benyttes i denne opgaves sammenhæng.

Hoeck & Stylsvig (2004) konkluderer i deres artikel at det, pga. af de mangeartede opfattelser af tværfagligt samarbejde, er nødvendigt at beskrive følgende punkter, hver gang et tværfagligt team skal oprettes:

- Hvilken form for tværfaglighed man ønsker.
- Hvordan det skal organiseres.
- Hvad man forventer at opnå med tværfaglighed.
- Beskrive en evalueringsmekanisme, der kan måle effekten.

### **8.3 Tværfaglige metoder**

Knudsen stiller en række spørgsmål om, hvad et møde med tværfagligt sigte kan bruges til. Hun nævner blandt andet, om det skal være et koordinerende møde af informerende art, et rådgivningsforum, en supervisionsmulighed med udveksling af generelle erfaringer eller om hensigten med mødet er at få indsigt i andres fagområder (Knudsen, 1998). I et af projekterne Knudsen har arbejdet på, bruges de 10 bud om tværfagligt samarbejde udarbejdet af L. Jørgensen og H. Suder fra projekt ”På tværs”. Der er tale om delopgaver, som skal løses for at sikre et funktionelt samarbejde:

1. Etablere et fælles værdigrundlag
2. Lære at tale samme sprog
3. Etablere ligeværd imellem deltagerne
4. Erhverve indsigt i andre fagområders praksis (...)
5. Gennemføre tværfaglige kurser
6. Opstille prioriterede og konkrete mål for indsatsen= fælles mål
7. Huske referat af beslutninger/opfølgning
8. Opstille nye fælles handlestrategier
9. Etablere motivation til tværfagligt samarbejde
10. Have koordineret de administrative rutiner.

(Kilde: Knudsen, 1998, s. 34)

## 9. Undersøgelsesdesign – planlægning, udførelse og bearbejdning

Da vi i vores dataindsamling er interesserede i at undersøge informanternes mening, viden og praktiske erfaringer om vores emne, har vi valgt det kvalitative forskningsinterview. Styrken ved denne metode er, at det giver rum for mange svar og detaljer, ligesom interviewet giver plads til at informanter kan bidrage med viden, som ligger udenfor undersøgers vidensfelt.

En svaghed ved denne forskningsmetode er imidlertid, at resultaterne kan blive fortolket meget subjektivt af forskeren, dels på grund af dennes forforståelse og dels ved, at den sociale interaktion mellem informant og forsker altid vil påvirke svar, opfattelse og i sidste ende fortolkning. Dette kan til en vis grad modvirkes ved at gøre forsknings- og analysemetode eksplicit i detaljer, så læseren selv kan tage stilling til forløbet og eventuelle fejlkilder (Thagaard, 2004).

Derfor vil vi i det følgende beskrive dataindsamlings og analyseprocessen, der ligger til grund for resultaterne, der præsenteres i det følgende resultat afsnit. For at tydeliggøre formidlingen præsenteres nedenfor Moustakas fremgangsmetode (1994), som den er beskrevet i Tanggaard & Brinkmann (2010), s. 198:

1. Opdage emner og spørgsmål.
2. Foretage interviews.
3. Sammensætte kriterier, der lokaliserer deltagere, samt etiske overvejelser om dette.
4. Lave interviewguide.
5. Foretage interviews.
6. Organisere og analysere data.

### **9.1 Trin 1 - Opdage emner og spørgsmål**

Nedenstående opremser vi en række uprioriterede spørgsmål som er dukket op i forbindelse med tankerne om tværfagligt samarbejde imellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter:

- Kan et tværfagligt samarbejde imellem disse to faggrupper overhovedet lade sig gøre, når der ganske givet eksisterer en uligevægt omkring respekt og ligeværd? Hvem bestemmer og hvem har ret i samarbejdet?
- Hvem bakker op om den enkelte behandler ude på arbejdsmarkedet?
- Er der overhovedet vilje og lyst hos den enkelte behandler til at inddrage, at det andet fag er bedre til en given problematik?
- Hvilke fordele og ulemper er der ved et tværfagligt samarbejde mellem behandlingsfag?
- Hvilke forhindringer kan den praktiserende fysioterapeut eller psykomotoriske terapeuter stå overfor i denne sammenhæng?
- Hvad skal der til for at komme nærmere det funktionelle samarbejde?

### **9.2 Trin 2 - Foretage interviews**

Da der er to trin i metoden, der kaldes ”foretage interviews”, tolker vi den første gang som værende der, hvor man laver sine pilotinterview. Vi har udeladt dette trin, da vi med hjælp fra vores vejleder vurderede, at vores interviewguide var præcis og dækkende for dette projekt.

### **9.3 Trin 3 - Sammensætte kriterier, der lokaliserer deltagere, samt etiske overvejelser**

Vi har et ønske om at belyse vores problemstilling med meninger og praktiske erfaringer fra personer med forskellig tilknytning og professionel indgangsvinkel i forhold til de to fag. Det er vigtigt for os at få belyst samme område fra flere sider, for at opnå så stor bredde i svarene som muligt. Ikke mindst fordi vi selv har en stærk tilknytning til det ene fag, hvilket selvfølgelig vil kunne give en uhensigtsmæssig vinkling. Ved at udvælge informanter på denne måde, muliggør vi en præsentation af de forskellige holdninger, erfaringer og omstændigheder, der er for tværfagligt samarbejde lige nu. Nedenfor følger en gennemgang af vores informanter:

### **9.3.1 Praktiserende fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter**

Det er først og fremmest vigtigt for os, at de fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter, der skal interviewes har et dagligt samarbejde indenfor den kliniske praksis.

Vi har brugt internettet til at søge efter klinikker og lignende, hvor begge faggrupper kunne være repræsenteret. Da det ikke er alle klinikker, som har en hjemmeside eller som fremhæver samarbejde mellem flere faggrupper, har vi også søgt information blandt personlige og professionelle kontakter indenfor fagene. Vi fandt desværre kun frem til en håndfuld arbejdspladser, der kunne have potentiale i forhold til vores undersøgelse. Vi havde håbet på, at det var muligt at interviewe to par kolleger, men det kunne desværre ikke lade sig gøre at få alle aftaler i hus. Det lykkedes os dog at få aftaler med tre interessante informanter, hvoraf to af dem arbejder sammen til hverdag. De to der arbejder sammen er en fysioterapeut, som også er kliniker (kaldes i resultat afsnit for EjerogFys) og en psykomotorisk terapeut (PsykMot). De arbejder i et privat sundhedscenter, hvor der er tilknyttet fem forskellige faggrupper indenfor behandling. Den sidste er en selvstændig fysioterapeut, der også er uddannet psykomotorisk terapeut (FysogPsyk). Hun arbejder på en fysioterapeut klinik, godt nok ikke tværfagligt, men vi har vurderet, at vi i stedet kan bruge hendes viden til at udforske fagernes forskelligheder og måske til at understøtte informationer fra de øvrige informanter. Dette vil være med til at gøre den opnåede empiri mere valid.

### **9.3.2 Fagforeningerne**

Da vi er klar over, at et fags virke ikke blot afhænger og eksisterer på baggrund af den enkelte fagperson, var det oplagt at søge viden om den fagpolitiske side af sagen hos fagforeningerne. Det var nemt at få en aftale i hus med formanden for DF (Danske Fysioterapeuter), men det var straks en anden sag hos DAP (Danske Psykomotoriske Terapeuter). Vi fik en aftale i hus med den siddende formand, som desværre pludseligt tog seks måneders orlov for at deltage i hjælpearbejde i et katastrofeområde. Efterfølgende havde vi kontakt til en lang række personer i DAP, for til sidst at komme i kontakt med den konstituerede formand. Hun har fuldtidsarbejde som psykomotorisk terapeut ved siden af den nye post, så hun er kun til stede i sekretariatet relativt få timer om ugen. Hun er næppe så meget inde i detaljerne omkring tværfaglighed og tiltag i fagforeningen, som den siddende formand, men har en del

baggrundsviden efter at have siddet i hovedbestyrelsen i 13 år. Vi valgte at det vigtigste var at få informationer fra begge forbund, også selvom vi ikke kunne interviewe begge de siddende formænd.

### **9.3.3 Etiske overvejelser og samtykkeerklæringer**

Vi sørgede for i god tid at fremsende en informationsskrivelse og en samtykkeerklæring (se bilag 1 og 2) til vores informanter, så de var forberedt på vilkårene for interviewene, og havde derfor på forhånd mulighed for at stille spørgsmål eller melde fra, hvis de ikke alligevel ønskede at deltage. Vi vurderede, at det ikke ville være muligt at holde anonymiteten for informanterne fra DF og DAP, og at dette ikke var et problem, da spørgsmålene ikke var personlige, men skulle reflektere forbundets meninger og holdninger. Derfor var der ikke nævnt noget om anonymitet i deres samtykkeerklæring. Det har ikke været nødvendigt at gøre meget ud af de etiske overvejelser, da vores spørgeguide lægger op til en faglig vinkel. Dette betyder, at der ikke vil være mange personlige ytringer fra informanterne, som kan føre til dilemmaer i forhold til, om vi skal publicere bestemte data.

### **9.4 Trin 4 - Lave interviewguide** (se bilag 3)

Inden vi udformede vores spørgeguides nedskrev vi begge vores forforståelse for emnet. På den måde har vi mulighed for senere i analysen at bringe den i spil, og vurdere hvorvidt undersøgelsesforløbet er påvirket af forforståelsen (Thagaard, 2008).

Som nævnt i metodeafsnittet mener vi, at det semistrukturerede interview passer bedst når man tager i betragtning, at vi ønsker at få svar på nogle ret specifikke spørgsmål og samtidig komme bredt rundt om emnet. Det semistrukturerede interview gør på samme tid, at informanterne kan fortælle om emnerne relativt frit, uden at vi mister muligheden for løbende at kunne stille uddybende og afklarende spørgsmål. Personerne blev interviewet individuelt og ikke som fokusgruppe, fordi vi er interesserede i at få både positive og negative sider frem, og vi var bange for, at det ville påvirke informanterne for meget, hvis de skulle interviewes sammen. (Kvale, 2009).

I og med at det tværfaglige modul på psykomotorikuddannelsen, først lige er blevet indført, har vi ikke modtaget undervisning i tværfaglighed. Derfor var vi tidligt i processen nødsagede til at sætte os teoretisk ind i emnet for at kunne stille relevante spørgsmål.

Som udgangspunkt var det meningen, at alle interviews skulle være af én times varighed for at give mulighed for fordybelse i emnet. Men det var af tidsmæssige årsager ikke muligt for de to kolleger på den private sundhedsklinik at afsætte en hel time, og de blev derfor kun interviewet i 30 min hver. Vi havde ikke noget alternativ og vurderede, at det var tid nok til at indsamle den viden, vi skulle bruge.

Til vores interviews var vi interesserede i, at data fra de forskellige informanter til en vis grad skulle være sammenlignelige. Derfor udfærdigede vi to forskellige spørgeguides til henholdsvis fagforbund og udøvende behandlere, hvor flere væsentlige spørgsmål gik igen. Vi udformede interviewguides efter Kvaales opfordring til hensigtsmæssigt at dele interviewet op i 3 dele med en indledningsfase, hvor der hovedsagelig stilles neutrale spørgsmål, en fase med hovedspørgsmål, hvor der spørges til hovedemnerne og til sidst en afslutningsfase for at runde interviewet af igen på en neutral måde (Kvale, 2009).

Vi formulerede et antal hovedspørgsmål, hvoraf næsten alle gik igen under alle interviews. Til hvert hovedspørgsmål var listet uddybende underspørgsmål, som vi brugte som tjekliste, så vi kom rundt om alle emner, men også for at kunne guide tilbage på sporet, hvis informanten bevægede sig for langt væk fra emnet eller var i tvivl om, hvad spørgsmålet gik ud på.

### **9.5 Trin 5 - Foretage interviews**

Alle interviews er indspillet digitalt og efterfølgende lydbehandlet for at tydeliggøre dialogen. Interviewene ligger på medfølgende CD som mp3 lydfile (se bilag 7 og medfølgende CD)

For at få en så konsistent behandling af interviewene som muligt har vi begge været til stede under alle interviews og skiftevis været interviewer og observatør. Observatøren måtte ikke stille løbende spørgsmål under interviewet, men skulle registrere kropssprog og andet

nonverbalt og også sikre, at vi kom omkring alle spørgsmål. Til sidst i interviewet blev observatøren spurgt, om der var uddybende spørgsmål eller andet som manglede.

Som tidligere nævnt var det for to af informanterne kun muligt at afse en halv time til deres interviews. Derfor brugte vi mindre tid på de indledende spørgsmål og koncentrerede os om hovedspørgsmålene. På den måde kunne vi være forholdsvis sikre på, at vi ville nå omkring de emner, som vi ønskede skulle kunne indgå i datasammenligningen med informationer fra de andre informanter.

## **9.6 Trin 6 - Organisere og analysere data**

Som nævnt tager vi udgangspunkt i Malteruds udgave af Giorgis analysemetode, der består af fire faser (Malterud, 2004). Det gør vi, både fordi denne metode skulle være relativt nem at bruge for mindre erfarne forskere som os, og fordi metoden er fleksibel og kan tilpasses den type data, der skal bearbejdes.

### **9.6.1 Fase 1**

#### ***Indtryk og vurdering af interviews***

Vi har efter hvert interview evalueret og diskuteret, hvorvidt informanten har bibragt os den information vi ønskede, om der var noget overraskende information, samt om der var overensstemmelse mellem det sagte og det usagte. Selvom vi er mindre erfarne forskere, har vi med vores uddannelse god erfaring med samtale og læsning af kropssprog, og vi har vurderet, at det pga. af den faglige vinkel i interviewene ikke har været nødvendigt at formidle nonverbale observationer og lignende for hvert interview. Vi graderer ikke imellem informanterne og har derfor ikke udeladt at bruge nogle interviews og bearbejdet alle med lige stor grundighed. Helhedsindtrykkene fra interviewene er, at vores informanter alle taler om de samme emner ud fra vores spørgsmål, hvilket indikerer, at spørgsmålene har haft relevans i forhold til emnet.

Alt arbejde med analyse og udvælgelse har vi udført sammen, og vi har undervejs diskuteret relevans for de enkelte udsagn. Formålet med dette har været at sikre loyalitet overfor

informanterne og at forsøge at opveje den svaghed, det er for opgaven, at vi begge tilhører det ene fag. Vores interviewguides har en faglig indfaldsvinkel, hvilket betyder, at det har været nemt for os at skelne mellem faglige og personlige udsagn.

### **Transskribering**

Ud fra Malteruds udgave af Giorgi's analysemetode, bør man transskribere interviewet i sin fulde længde (Malterud 2003). Da vi ønskede, at få mange forskellige syn på problemstillingen og har haft forholdsvist kort tid til at indsamle og bearbejde rådata, finder vi det gyldigt ikke at transskribere interviews i fuld længde. Desuden er det med vores metode muligt at finde tilbage i lydfilen med interviewet via tidskoder. Informanterne har været meget faglige i deres udsagn og vores interviewguides er meget specifikke, så derfor har vi prioriteret at bruge tiden på bearbejdelse og diskussion i stedet for at transskribere 100 %. Samtidig har vi begge deltaget i transskriptionen, hvilket vi mener, er en stor force for materialet, da det har givet os mulighed for, allerede i den første meget grove sortering af data, sammen at reflektere over, hvad der skulle tages med og udelades. Vi har transskriberet omkring 70-80 % og kun få steder ændret i ordlyd, for at gøre teksten læsbar. Ved at gøre dette har vi skabt det Malterud (2003) kalder for kunstige citater, hvilket betyder, at vi har fjernet indskudte sætninger, direkte konkrete eksempler og udsagn uden egentlig relevans.

Vi har også valgt at fravige Giorgis metode ved ikke at transskribere teksten i en lang tekst, og i stedet skrevet udsagnene ud for hvert spørgsmål i et skema i kronologisk rækkefølge. I en ny kolonne har vi løbende noteret foreløbige stikord/kategorier, så det senere er nemmere at få overblik over hvor de enkelte emner er nævnt (Se bilag 4 for eksempel på transskribering).

Før transskribering af hvert interview har vi lyttet optagelsen igennem, og efter nedskrivningen har vi begge læst transskriberingen igennem. Ifølge Malterud (2003) skal man lægge sin forforståelse og teoretiske referenceramme væk under indsamling og bearbejdning af data, også kaldet parentesreglen<sup>8</sup>. Malterud skriver videre, at dette er et uopnåeligt mål, men at man, ved at forholde sig kritisk og reflekteret, kan forsøge at overkomme denne

---

<sup>8</sup> E. Spinelli har udpeget 3 regler ved fænomenologisk metode. Heriblandt parentesreglen, hvor forventninger og forforståelse lægges til side, så man kan "se fænomenerne" så klart som muligt i analysen (Brinkmaan & Tanggaard, 2010)

svaghed, så informanternes svar kan præsenteres uden at bruge egne fortolkninger som endeligt facit.

### **9.6.2 Fase 2**

Ifølge Malterud skal man i denne fase finde meningsbærende enheder, altså de udsagn som har relevans for emnet. Som nævnt har vi undervejs i transskriberingen skrevet stikord, så det var lettere at finde tilbage under bearbejdningen. Efter at have læst alle interviews igennem, har vi lavet foreløbige koder eller temaer. Derefter har vi i samarbejde udarbejdet et kortere meningsresumé i matricens kolonne yderst til højre, hvilket øger overskuelighed og læsbarhed. Samtidig vil dette også kunne vise evt. selvmodsigelser hos informanten. Undervejs har vi været meget opmærksomme på at lave dette resumé så tro mod det sagte som muligt og så vidt muligt beholde informantens sprogbrug og ordlyd.

### **9.6.3 Fase 3**

Malterud beskriver, hvordan man i denne fase trækker de meningsbærende, relevante udsagn, fra de enkelte informanter ud, og sætter dem sammen i en ny sammenhæng. Her er det vigtigt at gå tilbage og verificere, at den nye sammenhæng stadig stemmer overens med den oprindelige tekst.

Efter bearbejdning af alle interviews, er vi i besiddelse af en række meningsresuméer, som i fase 4 kan sættes ind i en samlet matrice efter temaer og undertemaer. Resultatet er en overskuelig måde at se, om der er overensstemmelser, afvigelser eller andet, både imellem informanter indenfor samme fag og fagene imellem. Sidst i dette afsnit er der en liste over vores endelige temaer og undertemaer.

### **9.6.4 Fase 4**

Her i sidste fase samles meningsresuméer fra alle informanter i de forskellige temaer og undertemaer, Malterud (2003) kalder det at rekontekstualisere. Dette har vi gjort ved at læse horisontalt i matricen, finde sammenfald og forskelle, som er blevet skrevet ind i vores resultat afsnit. Vi har herefter lavet endnu en vurdering af, om data er endt under de rigtige

temaer og undertemaer og om de stadig er relevante for opgaven. Vores resultat afsnit indeholder derefter en række udsagn, som kan være med til at svare på vores emne. Der vil være opdagelser af for os interessante vinkler på vores problem, og der vil være bekræftelser eller gentagelser af allerede kendt viden. Til sidst holder vi vores resultater op imod de oprindelige transskriptioner for at verificere, at vi ikke har ændret eller misforstået væsentlig information fra de enkelte informanter.

## ***Temaer og undertemaer***

I resultat afsnittet er vi endt op med følgende 4 temaer med i alt 17 undertemaer:

- **Grundlag for tværfagligt samarbejde**
  - Fagenes forskelligheder
  - Fagenes ligheder
  - Behov for intervention fra begge fag
  - Patient/klient udbytte og det faglige udbytte
- **Tværfaglige metoder**
  - Møder og kommunikation
  - Vidensdeling og supervision
  - Sundheds- og overenskomstsysteem
- **Forhindringer for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter**
  - Fordomme, manglende forståelse og viden
  - Værdier, kultur og traditioner
  - Økonomiske ressourcer og ledelse
  - Evidensbasering
  - Sundhedssystem
- **Fremtiden for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter**
  - Syn på ideelt tværfaglige samarbejde
  - Motivation
  - Profilering

- DF og DAP's rolle

## 10. Resultater

I det følgende afsnit vil vi præsentere resultaterne af vores bearbejdning af de 5 interviews. De præsenteres i den rækkefølge, vi finder mest hensigtsmæssigt i forhold til formidlingen af de 4 hovedtemaer med dertilhørende undertemaer. Resultaterne er en blanding af sammenskrevne meningsbærende enheder og citater. For at gøre det nemmere at finde tilbage til den samlede matrice, har vi nummeret udsagnene, hvor bogstavet viser kolonnen med informanten og tallet rækken med tekstindholdet. (For baggrundsviden om informanter se bilag 5. For den samlede matrice se bilag 6)

### 10.1 Grundlag for tværfagligt samarbejde

#### 10.1.1 Fagenes forskelligheder

*"Fru Jensen kommer ind med en ny hofte, som hun har hamrende ondt i, og så kan man sige: "Men, fru Jensen, hvor er det godt, der ikke er noget galt med skulderen, og hovedet fejler jo heller ingenting!" Men det kommer vi ikke videre med den hofte af, så vi bliver jo nødt til at gå ind i problemet. Hvor man måske bedre som afspændingspædagog kan fokusere på alle de ting som er ressourcer, så er det svært kun at fokusere på ressourcerne, som fysioterapeut."*

(Lydfil: FysogPsyk.mp3 tidskode 19.36)

#### **Fysioterapeuter:**

- Arbejder og træner på funktionsniveau. (A,2)
- Er mere sygdomsfikserede, kigger mere på sygdom og dysfunktion. De søger i højere grad at finde løsninger eller forklaring mere end psykomotoriske terapeuter gør. (D,2)
- Har også de hurtigere løsninger, som akupunktur, laser, shock wave, manipulationer og traktioner. (C,2)

- Bruger betegnelsen patient. (D,2)
- Er dygtige til at undersøge en eller anden kompleksitet i et led eller i en skade. (D,2)
- De har nogle systemer, som de kører efter for at undersøge patienten og derud fra tilrettelægger de forløbet. (D,2)
- Lærer på uddannelsen mere om kar og nerver. (E,2)
- Indgangsvinklen på uddannelsen er: ”Hvordan kan vi hjælpe dig til at blive rask?” (E,2)
- Har flere muligheder for at få arbejde, idet der står flere jobs klar. (C,2)

### **Psykomotoriske terapeuter:**

- Ser på det hele menneske, når en klient kommer med en given problematik. (B,2)
- Har en forståelse for, at det ikke nødvendigvis er problemet, der fylder mest hos klienten, men det nærmere er det, som er gået forud for henvendelsesårsagen. (B,2)
- Psykomotoriske terapeuter omtaler ”kunder” som klient. (B,2)
- PsykMot udtaler at der kommer mere hoved, krop, tanke, handling med og tilgangen betyder at hendes klienter og holddeltagere nemmere løsner op og vil arbejde bevidst med problematikken. (D,2)
- Behandler eller har kontakt til hele kroppen, også selvom det kun er den ene side, der er dårlig. (D,2)
- Lærer på uddannelsen mere om psykologi. (E,2)
- Indgangsvinklen på uddannelsen er: ”Hvordan forbliver du rask?” og ”hvordan optimerer dine chancer for at gå igennem det her liv og være rask?” (E,2)
- Det er svært at få jobs som psykomotorisk terapeut, og de skal langt mere ud og skabe egne stillinger. (C,2)

### **10.1.2 Fagenes ligheder**

Fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter har fælles interesse for at få folk til at bevæge sig hensigtsmæssigt. De har modtaget den samme undervisning i anatomi og fysiologi. EjerogFys mener, at det psykologiske og pædagogiske vidensgrundlag er det samme, hvorimod FysogPsyk mener, at der er stor forskel i niveau. (3,C-E)

### **10.1.3 Behov for intervention**

Tværfagligt samarbejde skal kun foregå, hvor det er relevant og formanden for DF siger: *”Samarbejde i sig selv er ikke et formål og legitimeres kun af at kunne gøre noget bedre for patienten, samfundet og sundhedsvæsenet”* (lydfil DF\_formand, 43.47) (4,A)

Den psykomotoriske terapeut kan inddrages i de tilfælde, hvor patienten er umoden for fysioterapi og derfor ikke vil være modtagelig overfor fysioterapeutiske metoder. Det kunne være en patient med kroniske eller uforklarlige smerter, komplekse skader og ukonkretiserede problemer. I tilfælde af at den fysioterapeutiske behandling ikke virker tilstrækkeligt fx pga. manglende bundfældelse af bevægelseslæring, sygdomsbillede eller andre psykiske parametre, kan den psykomotoriske terapeut arbejde med kropsforståelse og den rette pædagogik. (4, C-E)

Fysioterapeuten kan inddrages, når en klient kommer med en fraktur eller en fysisk ting, som skal genoptrænes. FysogPsyk belyser problemet i, at psykomotoriske terapeuter ikke ved hvordan man skal gribe en diskusprolaps an, andet end at håbe på, at det går væk med noget afspændende behandling. (4,E)

### **10.1.4 Klientens/patientens udbytte**

I forhold til udbyttet af to de faggrupper supplement af hinanden, mener PsykMot, at psykomotoriske terapeuter kan give klienten større bevidsthed om mønstre og reflekser, der er i kroppen eller kan opstå efter en skade, og som skal arbejdes væk igen. (6, D)

## **10.2 Tværfaglige metoder**

### **10.2.1 Møder og kommunikation**

EjerogFys og PsykMot fortæller, at de på klinikken holder behandlermøder, hvor de drøfter patienten med hinanden. Udover det bruger de mere uformel dialog i hverdagen, hvor de kan drøfte problematikker ”på gangen” og hente hinanden ind og se på en problematik under behandlingen. I denne konstellation har alle adgang til hinandens journaler. EjerogFys

fortæller, at de laver ting, der fremmer fællesskab og kendskab til hinanden som personer og fagpersoner, for at øge tilliden til hinanden. (7, C,D)

### **10.2.2 Vidensdeling og supervision**

4 informanter ud af 5 mener, at man bør holde temadage eller kursur på tværs af faggrupperne, hvor de underviser hinanden og deler erfaringer.

DAP's formand siger: *"Det er vigtigt at vidensdele og ikke være bange for at "de andre" stjæler ens kompetencer"(...) og vi kan nyde godt af hinandens supervisioner"*(DAP tidskode 29.32 og 24.54 )

Der er ingen informanter, der bruger formaliseret supervision på tværs af fagene. (8, B-E)

### **10.2.3 Sundheds- og sygesikringsoverenskomstsistem**

Patienten bliver henvist med en lidelse til fysioterapeut af den praktiserende læge, og så er det fysioterapeutens ansvar, at patienten kommer let igennem et behandlingsforløb. Ifølge den nye sygesikringsoverenskomst kan fysioterapeuten ansætte hjælpepersonale som tværfagligt sigte på behandlingen. FysogPsyk fortæller, at de overvejer at bruge fysioterapeutstuderende til blandt andet holdundervisning. Hun siger samtidig, at det måske bedre kunne være psykomotoriske terapeuter pga. deres større pædagogiske viden. (9, A,C, D, E)

## ***10.3 Forhindringer for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter***

### **10.3.1 Fordomme, manglende forståelse og viden**

Informanterne har forskellige fordomme og forestillinger om hinandens faggruppe og kompetencer.

DF's formand udtaler, at han ved for lidt om et gavnligt samarbejde mellem de to faggrupper, men at forståelse og anerkendelse af hinandens fag er vigtigt for et tværfagligt samarbejde.

Den konst. formand for DAP synes hun ved ret meget om fysioterapeuternes kompetencer. Hun mener, at selvom fagforeningen informerer om fysioterapi, kan der være medlemmer, der er uvidende på området. (11, A, B, E)

### 10.3.2 Værdier, kultur og traditioner

*”Så ligger der jo hele det fundamentale i, at I jo forhåbentlig ser det raske menneske, og vi ser på det syge. Men det synes jeg faktisk bare er meget stærkt, hvis man ku’ samarbejde om de to ting. En force frem for en begrænsning.”* (FysogPsyk, tidskode 45.51)

FysogPsyk og DAP’s formand mener begge to, at fagenes forskelle bør være en styrke/force. Og derudover nævner de følgende værdier: Respekt og rummelighed overfor hinanden og hinandens fag, ligeværd, stærk faglig identitet og stolthed. PsykMot nævner derudover nysgerrighed og forståelse. Der er ikke kultur for at arbejde tværfagligt mellem de to fag. Hverdagspraksis og traditioner gør det ikke nemmere at udvikle et sådant samarbejde. ( 10, B, D, E) (12, A, B)

*(...) at kunne yde det bedste for den klient/patient man nu har med at gøre. Jeg tror det er vigtigt, at man ikke render rundt med skyklapper på. Det har der været en tendens til tilbage i tiden. At vi skulle passe at ikke komme til at dele vores viden med de andre.*

*Fysioterapeuterne, hvad stjæler de nu ikke fra os? Og det er sgu for gammeldags, det holder ikke!*

(lydfil: DAP\_formand.mps, tidskode 29.32)

### 10.3.3 Økonomiske ressourcer og ledelse

EjerogFys og PsykMot fortæller, at de på deres klinik forsøger at arbejde tværfagligt, der hvor det er praktisk muligt. Tid er dog ofte en stor hindring for, at det kan lade sig gøre, og de har til stadighed ikke haft tid til rigtigt at implementere samarbejdet.

EjerogFys mener desuden, at man ikke bliver rig af at lave tværfagligt arbejde. Det bliver ikke honoreret, hverken af patient eller sygesikringssystemet, så behandleren må selv betale for det

tværfaglige samarbejde. DF's formand mener, at dårlig ledelse er den største forhindring. (13, A, C, D, E)

### **10.3.4 Evidensbasering**

DF's formand mener, at psykomotoriske terapeuter har en stor udfordring, hvis de skal være med som en del af tværfagligheden i sundhedsvæsenet, fordi faget ikke er udpræget evidensbaseret, hvilket er vidensnormen i sundhedsvæsenet. FysogPsyk siger, at de, på den klinik hun arbejder, er bange for at inddrage nye faggrupper af frygt for det bliver for "alternativt". Samtidig understreger hun, at psykomotoriske terapeuter ikke længere er alternative i kraft af statsanerkendelsen. (14, A, E)

### **10.3.5 Sundhedssystem**

FysogPsyk mener, at sundhedssystemet bør laves om, så patienten kommer i centrum. DF's formand mener, at sundhedsvæsenet er for provisionsdrevet frem for opgavedrevet. Flere informanter mener, at det er en forhindring for det tværfaglige samarbejde, at fysioterapeuterne er under sygesikringsordningen, og at psykomotoriske terapeuter ikke er, da dette kan give gnidninger i samarbejdet. Fysioterapeuterne ligger under sygesikringens systemer og retningslinjer og det betyder, at der forskel i tidsforbrug og betaling for de to forskellige behandlingsformer. DAP's formand mener, at mangel på autorisation hos de psykomotoriske terapeuter også er en hindring. (15, A,B, E)

## ***10.4 Fremtiden for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter***

### **10.4.1 Syn på ideelt tværfagligt samarbejde**

EjerogFys mener, at det tværfaglige samarbejde fungerer fint, men at der sagtens kunne være flere faggrupper, fx en læge (der er i øjeblikket fem forskellige faggrupper i hendes klinik. red.).

DAP's formand og FysogPsyk kunne godt tænke sig et "sundhedshus" med mange faggrupper samlet, hvor patienten sættes i centrum. FysogPsyk tror, der vil være en større helbredelsesprocent på den måde, og at fordelene er, at der bedre kan holdes styr på patientforløbet. (16, B, C, E)

### 10.4.2 Motivation

DAP's formand kunne godt ønske sig mere velvilje frem for modstand i et samarbejde mellem de to grupper. FysogPsyk forestiller sig, at fysioterapeuter bare kan læne sig tilbage og sige at: "Vi er jo anerkendte og behøver ikke at foretage os en dyt!" Det er de psykomotoriske terapeuter, der skal kæmpe en brav kamp for at etablere et tværfagligt samarbejde.

Udgangspunktet for det tværfaglige samarbejde handler om ens egen indgangsvinkel, og hvorvidt man har lyst til at samarbejde med andre faggrupper. EjerogFys mener, at man skal kende hinanden og må se hinanden både som personer og som fagpersoner for at have tillid til hinanden. (17, A, B, C, E) Det faglige udbytte omtales som lærerigt og udviklende for fagpersonen og personligt ved at man får bredere viden, når man ser på tingene fra flere forskellige perspektiver.

Yderligere nøgleord fra informanter:

Arbejdsglæde, yder det bedste for klienten/patienten, faglig tilfredsstillende, for egen fornøjelses skyld, det er sjovt.

EjerogFys nævner, at det nogle gange kan være nemmere at arbejde helt for sig selv, men at det ikke er ligeså udviklende, og at man kan se sig blind. ( 5, A, B, C, E)

*"Men umiddelbart kunne vi nok drage rigtig meget nytte af hinanden. Eller de to uddannelser kunne drage rigtig meget nytte af hinanden, fordi de to uddannelser tilsammen giver et meget bedre holistisk indblik i de enkelte mennesker.*

*Men nogen gange tænker jeg også: "hvorfor ikke være god til det man er god til og så tage nogle andre ind til de ting, de er gode til, som de har valgt at specialisere sig og udvikle sig selv i.*

*Vi kan jo ikke rumme det hele, men vi kan være gode til at bruge hinanden og det er vi ikke.”*

(lydfil: FysogPsyk, tidskode 42.53) (5, E)

### **10.4.3 Profilering**

DF's formand har svært ved at se den "nye" profil for de psykomotoriske terapeuter, efter uddannelsen er blevet en professionsbachelor og der er skiftet fagtitel til psykomotorisk terapeut. Han undrer sig over, hvorfor en psykomotorisk terapeut ikke bare er en fysioterapeut med speciale i psykosomatik og ønsker mere tydelighed omkring, hvad psykomotoriske terapeuter kan byde ind med i et tværfagligt samarbejde.

DAP's formand mener, at jo mere synlige psykomotoriske terapeuter er i medierne, jo mere vil de blive tænkt ind i et tværfagligt billede af politikerne. Hun forstår samtidig godt, hvis politikerne er i tvivl om, hvem psykomotoriske terapeuter er med den nye fagtitel. DF's formand mener, at det kan virke forvirrende med endnu en terapeutgruppe, og at dette måske kan udvande kan hele terapeutbegrebet. (17,A, B)

FysogPsyk mener, at det er de psykomotoriske terapeuter, der skal lave det opsøgende arbejde for at etablere et samarbejde. Dette kunne gøres ved blandt andet at invitere relevante fysioterapeuter til arrangementer og få arbejde på fysioterapeutiske klinikker. (17, C)

### **10.4.4 DF og DAP's rolle**

Der er etableret et organisatorisk samarbejde mellem de to fagforeninger. DF forhandler blandt andet DAP's krav i sundhedskartellet og rådgiver i juridiske sager. DAP's formand udtaler, at dette samarbejde er som et storebror/lillesøster forhold, et hierarki, som DAP må indordne sig under, fordi de er en mindre organisation med færre år på bagen og en anden historie. DAP er glade for DF's hjælp, og på trods af, at der igennem tiden har været kampe mellem fagene, oplever DAP's formand en god tone formændene imellem.

Begge forbund mener, at det vigtigt at promovere gensidig respekt, for at dette kan smitte af på medlemmerne. Dertil mener DF's formand, at det er væsentligt med dialog fagforeningerne imellem for at undgå sammenstød på arbejdspladserne. (18, A, B)

DF's formand mener, at det på grunduddannelsen først og fremmest handler om at udvikle og være skarp på egne faglige kompetencer med forståelse og respekt for andres kompetencer, og først derefter mødes på arbejdsmarkedet med positiv fordomsfri forforståelse. Tværfagligt samarbejde skal ikke fødes på uddannelserne. DAP's formand mener at uddannelsernes fysiske placering og det tværfaglige modul vil give et andet miljø og interaktion i studietiden. Det er en åbning for fagene, og der kan skabes netværk. ( 20, A, B)

#### **10.4.5 Fremtid**

Begge parter ønsker mere dialog med hinanden og mener, at dialogen er vigtig for psykomotoriske terapeuters rolle i sundhedsvæsenet. Da DAP's siddende formand er på orlov, må denne dialog ifølge DF's formand vente, han mener dog heller ikke at det haster. (19, A, B)

Begge forbund gør ikke noget for at opfordre til tværfagligt samarbejde mellem de to faggrupper. DAP's formand mener, at det ikke er deres domæne at skabe faglig indsigt i hinandens fag, men at man selv har et ansvar i det opsøgende arbejde. DF's formand siger, at tværfagligt samarbejde er en mental indstilling, som fagforeningen kan understøtte eller modvirke. (18, A, B)

DF opfordrer klinikkerne til at udnytte den nye mulighed for at tilknytte hjælpepersonale, men der er ikke kommet hul på udviklingen endnu. Der er uoverensstemmelse mellem det forbundene siger; DF's formand siger, at ikke-medlemmer har lov til at deltage i deres kurser, hvis der er plads, og DAP's formand udtaler, at der er mange fysioterapeuter på DAP's faglige kurser, og ønsker samtidig, at DF's kurser bliver åbnet meget mere op, for der er rigtig mange kurser, der er lukkede for psykomotoriske terapeuter. (18, A, B)

## 11. Metodekritik

I det følgende vil se kritisk på vores metode.

Med valg af emne for dette projekt, fulgte også den viden, at vores nærhed til det ene fag ville udgøre en risiko for, at vi kunne påvirke både informanter og databearbejdning i en for os favorabel retning. Den fænomenologiske tilgang har været vigtig for bevidst at være i stand til at holde vores forforståelse på afstand. Det er givet, at det ikke er muligt at se helt bort fra forforståelsen. Den har hjulpet os undervejs ved, at vi i kraft af den har kunnet skille irrelevant stof fra. På samme tid har den dog også begrænset os, f.eks. kan det være hændt under vores interviews, at vi ubevidst har taget valg, som gør, at der er spørgsmål, vi måske har holdt tilbage. Det kan være spørgsmål, som kan føre til debat eller diskussion om noget, hvor vi selv bliver ramt som fagpersoner eller ”angriber” informanten. Vi kan dog ikke komme på et konkret eksempel, hvor det er sket, så af åbenlyse grunde er det ikke til at svare på, hvordan opgavens resultater ville være, hvis vi havde haft en mere neutral position i forhold til fagene.

### 11.1 Fejlkilder

I forhold til vores undersøgelsesmetode er der en række ting, som har påvirket slutresultaterne:

- Det har været svært, at finde et passende antal informanter at vælge imellem indenfor klinisk praksis, fordi det er ganske få, der arbejder tværfagligt. Området er simpelthen uopdyrket, og det betyder at undersøgelsesfeltet har været begrænset. Vi mener, at antallet af informanter er netop det minimum, der skal til for at give et gyldigt svar på problemformuleringen.
- Vi anså EjerogFys og PsykMot som værende meget vigtige informanter, da de er de eneste udvalgte informanter, der arbejder tværfagligt. Det er derfor tydeligvis en svaghed, at interviewene kun kunne vare en halv time. Det betyder givetvis, som nævnt tidligere, at vi ikke kunne stille så mange uddybende spørgsmål.

- Vi var ikke klar over, at den ene informant var leder af sundhedshuset/klinikken, før vi ankom til stedet, og vi havde derfor heller ikke rettet vores interviewguide til efter dette. Der er altså tale om et arbejdsgiver og arbejdstager forhold imellem EjerogFys og PsykMot, hvilket kan have haft betydning for, om de under deres interviews har givet udtryk for deres reelle holdning.
- Vi kan ikke vide om vores data fra interviewet med den konstituerede formand for DAP, havde givet et andet resultat, hvis vi i stedet havde kunnet interviewe den siddende formand for DAP.
- Da vi har lavet et semistruktureret interview med meget specifikke spørgsmål, kan vi have påvirket vores informanternes udsagn ved at lægge dem ord i munden. Derudover har vores manglende erfaring som forskere haft en betydning for udformningen af interviewguides, hvilket betyder, at det er svært at sige, om vi med vores spørgsmål er kommet fyldestgørende rundt om emnet.
- En generel kritik af den kvalitative forskningsmetode er, at der er få informanter, og at forskeren påvirker både informanterne under interviewet og i fortolkningen af resultaterne. I vores tilfælde mener vi, at det, at vi udover at stille faglige spørgsmål, også repræsenterer den ene af de implicerede faggrupper, kan have resulteret i en blanding af indforståede og forsvarsprægede udtalelser.
- Det faktum, at der ikke foreligger nye analyser af emnet gør, at vi er pionerer, hvilket kan være en svaghed, fordi vi ikke har noget at holde vores resultater op imod. Samtidig har flere af informanternes udsagn været hypotetiske og ikke afprøvet i praksis. Dog mener vi, at de emner, som er udvalgt fra resultaterne, er så specifikke, at de ville have været enslydende fra andre informanter.

## **11.2 Metodens forcer**

Selvom listen med fejlkilder og svagheder kan synes lang, mener vi, at vi er i besiddelse af en række centrale forcer, som er med til at gøre opgavens resultater pålidelige.

- Valget af den fænomenologiske tilgang har betydet, at vi har ladet os føre af opgaven og sikret os, at det er opgavens undersøgelse, der leder frem til konklusionen og ikke vores egen skjulte dagsorden.

- Vi er overbevidste om, at den kvalitative metode var den bedste til at undersøge netop vores problemformulering. I den videnskabelige forskning forsøger man, at gøre den kvalitative forskningsmetode mere systematisk, uden at gøre den kvantitativ, og det mener vi, at vi har levet op til. Vi kunne også have valgt at sende en række kvantitative spørgeskemaer ud til forskellige praktiserende fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter og spurgt til deres mening og erfaring. Spørgsmålet er, om ikke ovenstående metode netop ville føre til, at vores forforståelse ville påvirke spørgsmålene i en langt højere grad end med den kvalitative metode.
- Ved at vi valgte ikke at transskribere alle interviews i fuld længde, har det givet os mulighed for at have det antal informanter vi har og samtidig gå i dybden med analysen. Vi mener derfor at stå stærkt i analysen, fordi vi har brugt god tid til at sikre os, at relevant data er inkluderet og ikke fortolket til ukendelighed af os undervejs.
- Malteruds analysemetode har været brugbar med sin systematik og overskuelighed, hvilket har været vigtigt vores omfattende mængde data og begrænsede forskererfaring taget i betragtning. Det, at metoden er fleksibel, har gjort det nemt at foretage databearbejdningen, fordi vi selv har kunnet tilpasse analyseapparatet til vores datamateriale.
- Det øger vores troværdighed, at vi har været to under hele processen. Det faktum, at vi undervejs har været to til at diskutere og udvælge, betyder, at vi nemmere har kunnet opdage hinandens indforståede vendinger, utydeligheder og uhensigtsmæssig forforståelse.

## 12. Diskussion

Her i diskussionsafsnittet vil vi bringe teori, indsamlet data og vores forforståelse i spil med det formål at kunne svare på problemstillingen:

Hvordan kan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter supplere hinanden i et tværfagligt samarbejde indenfor klinisk praksis?

## **12.1. Grundlag for tværfagligt samarbejde**

### **12.1.1 Fagenes ligheder og forskelle**

Fysioterapien og den psykomotorisk terapi har rent uddannelsesmæssigt mange ligheder. Pensum indenfor anatomi og fysiologi er næsten identisk, og bekendtgørelserne beskriver stort set de samme arbejdsområder for begge uddannelser. Men i forbindelse med emnet for denne opgave, er det interessante ved fysioterapi og psykomotorisk terapi ikke, hvad de har til fælles, men lige præcis hvad de **ikke** har til fælles. Vores problemformulering handler netop om, hvor faggrupperne kan supplere hinanden, ikke overlappe. Som Ejrnæs (2004) skriver, er man nødt til at finde fagenes karakteristika, hvis man skal finde fordelene ved, at de pågældende fag arbejder tværfagligt. To helt centrale forskelle på fagene er det faglige syn på deres ”kunder”. Hvordan ”ses” der på personen, der kommer ind ad døren til behandling? Dét, at fysioterapeuter bruger betegnelsen ”patient” og psykomotoriske terapeuter bruger betegnelsen ”klient”, er meget grundlæggende, når vi skal lede efter forskellene. Som informanten FysogPsyk siger: *”Så ligger der jo hele det fundamentale i at I (psykomotoriske terapeuter.red.) jo forhåbentlig ser det raske menneske og vi ser på det syge.”* Men hvad betyder dette egentlig?

Ser vi på uddannelsernes ECTS-point, opdager vi, at der hovedsagelig er to områder, hvor der er relativt store forskelle, nemlig på vægtninger af det naturvidenskabelige og det humanistiske område. Holder vi samtidig dette op imod fagenes historier, opdager man, at fysioterapien allerede meget tidligt har tæt kontakt til lægeverdenen, som med sit positivistiske syn og krav til evidens tilhører naturvidenskaben. Dette illustreres meget godt af, at formanden for DF eksplicit nævner, hvordan faget ønsker at evidensbasere sine metoder så meget som muligt. Navnet ”afspændingspædagog”, siger i sig selv en del om, hvor fokus inden for psykomotorikken, som det nu kaldes, igennem årene har ligget, nemlig i den pædagogiske ende af spektret. Den humanistiske vinkel udbygges ydermere ved, at der lægges stor vægt på at have et godt fundament indenfor psykologien. Man kan måske lidt groft sige, at fysioterapi har de mere ”hårde” værdier og psykomotorisk terapi de mere ”bløde” værdier, uden dermed at antyde, at det ene skulle være bedre end det andet.

For at vende tilbage til det syge og det raske menneske er vores informanternes syn på fagernes egenskaber, at fysioterapeuter gerne vil gøre patienten rask, de ser på sygdom og dysfunktion, og arbejder hovedsagelig symptomorienteret. Psykomotoriske terapeuter derimod ser på det ”hele menneske” og arbejder hovedsageligt sundhedsfremmende. De inddrager personens livssituation og behandler hele kroppen, også selvom det kun er en del af kroppen, der er ”dårlig”. Selvom fagene ifølge bekendtgørelser og studieordninger på overfladen ser meget ens ud, er det i behandlingsmetoder og patient/klient tilgange, man finder de væsentlige forskelle.

En yderligere forskel ved fagene er muligheden for at få arbejde indenfor sit fagområde, når man er færdiguddannet. Fysioterapeuter har overenskomst med sygesikringen og allerede dette betyder, at der er et større antal jobs indenfor klinisk praksis til rådighed. Samtidig er fysioterapien mere anerkendt indenfor syge- og sundhedsvæsenet, og som DAP’s formand udtrykker det, er fysioterapeuterne tænkt mere ind i systemet og arbejdsrutinerne fra starten. En typisk psykomotorisk terapeut har et blandet arbejdsliv, hvor der skiftes imellem flere arbejdspladser for at undervise, give behandlinger eller lave kurser og foredrag mm. Mange ansættes i helt andre typer stillinger og er ikke ansat som psykomotorisk terapeut.

### **12.1.2 Behov for intervention fra begge fag**

For at kunne svare på hvordan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter kan supplere hinanden, må vi også kende til, hvornår det er relevant at inddrage fagernes forskellige kompetencer konstruktivt.

Fysioterapeuter er specialiserede i at behandle fysiske skader eller problematikker i muskler og led, og til at genoptræne patienter efter frakturer eller operationer. Men hvad nu hvis patienten, ikke reagerer ”som de skal” på denne behandling? FysogPsyk nævner, at en patient kan være ”umoden” overfor fysioterapi, og hun mener derfor, at der i sådanne tilfælde er brug for en anden behandlingstilgang. Der kan f.eks. være tale om en klient med kroniske eller uforklarlige smerter, hvor der skal arbejdes med at opbygge ressourcer i forhold til at leve med disse symptomer. Et menneske kan være psykisk påvirket af den hændelse, som i første omgang er skyld i den fysiske skade, eller måske kan personen allerede før hændelsen være

traumatiseret, lide af angst eller stress. Der kan være mange grunde til, at mennesker reagerer voldsomt på en skade, som måske fra en traditionel fysioterapeuts synspunkt ikke bør give så store problemer og vare så lang tid.

Et klart eksempel på at intervention fra begge fag er hensigtsmæssig, er, når en patient/klient ikke reagerer ”ordentligt” på behandlingen. Det være sig en fysioterapeutisk behandling der er kørt fast, pga. manglende fremgang i helbredelsesprocessen. Eller en psykomotorisk terapeut der får en klient ind med mere specifikke problemer, som vil kunne afhjælpes ved manipulation, laser mv.

Behovet for begge fags intervention er relevant og må vurderes af den enkelte behandler, men som DF’s formand nævner i sit interview, skal man kun lave tværfagligt samarbejde, hvor det er nødvendigt.

## **12.2 Tværfaglige metoder**

Som nævnt i teori afsnittet er der flere former for metoder, der kan gøres brug af i et tværfagligt samarbejde. I forbindelse med tværfaglighed på en klinik er nogle mere relevante end andre. I det tværfaglige samarbejde vi har viden fra, afholder de udover møder, hvor de drøfter patienter/klienter, også kurser og temadage for hinanden. I hverdagen kan de i farten drøfte ting ”på gangen”, og de kan trække på hinandens viden i en kompliceret behandlingssituation.

Vi kan ikke komme udenom sygesikringen, når vi diskuterer metoder til tværfagligt samarbejde, især når den ene part har overenskomst med sygesikringen og den anden ikke har. Begge fysioterapeuter nævner, at de ind imellem føler, at sygesikringsoverenskomsten begrænser dem som behandlere, fordi de kun har en halv time pr. patient. De mener derfor ikke, at de kan nå at drage den omsorg, som nogle patienter har brug for udover den manuelle behandling. En psykomotorisk behandling varer oftest minimum én time, men PsykMot fortæller, at hun på nuværende tidspunkt arbejder som hjælpepersonale til fysioterapeuterne og derfor også kun har en halv time til rådighed. Vi synes dog ikke at kunne finde noget i hendes udsagn, der tyder på, at hun ser det som et problem, hun udtrykker nærmere glæde over at kunne hjælpe de dårlige patienter i klinikken med den viden hun har.

DF's formand fortæller netop om den ordning, som PsykMot arbejder under, som en af metoderne til at øge det tværfaglige samarbejde. Ordningen han omtaler, er en del af deres nye overenskomst med sygesikringen, hvilket betyder, at fysioterapeuter kan inddrage hjælpepersonale fra andre fag med tilskud fra sygesikringen til at bidrage med behandlingen.

Det er oplagt at diskutere fordele og ulemper ved ordningen i forhold til tværfaglighed. For det første er det sådan, at når man benytter sig af den nye hjælpepersonaleordning, er det fysioterapeuten, der stadig har ansvaret for patientens behandlingsforløb. Alle informanter nævner, at ligeværd og ansvarsfordeling er en vigtig forudsætning for et godt samarbejde. Uden at vi reelt set kan vide det, kan man spørge sig selv, hvorvidt den ansvarsfordeling vil påvirke en tværfaglig drøftelse af en patient. For det andet gives der, som tidligere nævnt, kun tilskud til en halv times behandling, mod den hele time en psykomotorisk behandling normalt tager. Det må altså betyde, at der er visse dele af den psykomotoriske behandling, som må udgå eller justeres for at behandlingen kan udføres på en halv time. Set i lyset af Lauvås & Lauvås's anbefaling om bevidst at placere sig imellem de to yderpunkter, hhv. udviskning af faglige grænser og flerfaglighed uden kommunikation mv., skal man som psykomotorisk behandler gøre sig klart, hvordan man vil tilpasse sine metoder, og om man overhovedet er villig til at arbejde som psykomotorisk terapeut under disse forhold. Samtidig kan man tænke på Vallerands teori om, at *indre motivation* er den stærkeste motivationsfaktor, så det er vigtigt at bevare muligheden for at opnå personlig tilfredsstillelse og glæde ved arbejdet (Hassmén et al 2005).

En anden ting der er værd at bemærke er, at FysogPsyk fortæller, at de i deres klinik ikke var begyndt at bruge ordningen med hjælpepersonale endnu. De havde dog snakket om at bruge fysioterapeut studerende til at stå for holdundervisning i klinikken. Man kan som udenforstående undres og mene, at en del af fidusen ved hjælpepersonaleordningen forsvinder, hvis den kun bruges til at få sit eget fag i mere spil. PsykogFys mente imidlertid, at psykomotoriske terapeuter måske var bedre til at løfte den opgave, idet de har større fundament indenfor det pædagogiske. De havde på klinikken endnu ikke tænkt på, at den faggruppe kunne være en del af et hjælpepersonale, hvilket måske kan skyldes manglende synlighed fra de psykomotoriske terapeuters side.

Hjælpepersonaleordningen er kun 1½ år gammel, og som DF formanden påpeger, er der endnu ikke rigtig kommet skub i udnyttelsen af den, skønt man i fagforeningsregi er i gang med at opfordre medlemmerne til at benytte sig af den. Selvom ordningen, for de psykomotoriske terapeuter, måske kan virke lidt ”fornedrende”, må man mene, at det er en oplagt mulighed for at få psykomotoriske terapeuter ind i de fysioterapeutiske klinikker og en glimrende åbning til at vise den fysioterapeutiske praksis, hvad psykomotorisk terapi kan tilføje klinikkenes behandlingspalette til fordel for dennes patienter. Det er sandsynligt, at ”hjælpebehandlingerne”, selvom de kun er af 30 minutter varighed, på sigt vil være med til at åbne mulighed for, at der kan tilbydes deciderede psykomotoriske behandlinger i klinikken, også selvom der ikke er sygesikringstilskud.

### ***12.3 Forhindringer for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter***

Ser vi på teori om tværfagligt samarbejde, er der mange barrierer, der skal overstiges for at opnå et funktionelt samarbejde. Barrierer som kultur, tradition, værdier, ledelse og struktur er alle facetter som vores informanter har nævnt. For ikke at brede diskussionen for meget ud, vil vi i det følgende kun diskutere de allervigtigste barrierer.

#### **12.3.1 Manglende viden**

Når det kommer til forhindringer for det tværfaglig samarbejde kan vi efter gennemgang af resultatafsnittet ane, at manglende viden er en af de helt store topscorere. Ejrnæs (2009) fremhæver da også, at man bør kende til, hvor de deltagende fag adskiller sig fra hinanden for at vide, hvordan man kan bruge hinanden. Ved gennemgang af vores resultater, viser det sig, at en del af informanternes udsagn er hypotetiske, og vi tolker dette som et udtryk for manglende, eller begrænset viden og erfaring med det andet fag. Her er det relevant at inddrage vores forforståelse eksplicit; for selvom vi er psykomotoriske terapeuter, mener vi at kunne udlede, at det især er fysioterapeuter, der har mindre viden om de psykomotoriske terapeuter end omvendt. Det er måske interessant at bemærke, at fysioterapeuternes formand

gentagende gange svarer, at han faktisk intet ved om de psykomotoriske terapeuter, deres fag og metoder på trods af, at det er DF, der forhandler overenskomsten for de psykomotoriske terapeuter.

I en artikel om tværfaglighed på hospitalerne siger ledende terapeut på afdelingen, fysioterapeut Dorte Nielsen følgende om profilering af terapeuterne:

*”Vores viden bliver ikke integreret – de forstår ikke, hvad det er vi kan. (...) vi gemmer vores viden og tager den med op i vores egen afdeling. Vi vil gerne have de andre faggruppers dybe respekt for vores faglighed, men hvad skal de respektere os for, hvis de ikke kender os? Vi skal lære dem, hvem vi er, så de ved, hvad de kan bruge os til.”*

(Guldager, 2010, s.33)

Det fortæller os, at psykomotoriske terapeuter ikke er alene om den problematik. En del af problematikken for de psykomotoriske terapeuter er, at fysioterapeuternes syn er rettet et andet sted hen, de er orienteret imod andre faggrupper indenfor sundhedsvæsenet. Dorte Niensens citat understreger dét, flere af informanterne fortæller, at det er faggruppens eget ansvar at profilere sig, overfor dem man gerne vil arbejde sammen med. Men også at oplevelsen af manglende respekt fra andre faggrupper eksisterer indenfor fysioterapien – i hvert fald indenfor hospitalssektoren.

Manglende viden behøver ikke kun handle den viden, man har om hinandens fag, den kan lige så vel handle om, at man ikke ved, hvordan man arbejder tværfagligt, eller flerfagligt, om man vil. Nedenstående citat, som er taget fra en pressemeddelelse på UCC' hjemmeside, fortæller om begrundelsen for oprettelsen af det tværfaglige modul på uddannelserne:

*”Baggrunden for projektet er, at der er effektivitets- og samarbejdsproblemer inden for social- og sundhedsvæsenet. Årsagen er bl.a. manglende viden om de fagkulturelle forskelligheder. Der er derfor lagt vægt på, at de studerende lærer at samarbejde på tværs af professionerne og udvikler en tværprofessionel identitet.....”*

(PressemeddelelseUCC,2009)

Man er altså fra officielt hold helt på linie med, at manglende viden om både hinandens fag og tværfaglighed er en afgørende faktor for det tværfaglige samarbejde.

### 12.3.2 Tid og økonomi

En anden stor forhindring for at samarbejdet kan lykkes, er manglende tid. Det påpeges i litteraturen, at der må sættes tid af til at tilrettelægge den metode, man vælger at bruge for at højne tværfagligheden. Det betyder, at man måske skal sende medarbejderne på kurser, der skal afholdes planlægnings- og evalueringsmøder, hvilket tager tid fra det egentlige tværfaglige arbejde. (Knudsen, 1998).

Ifølge vores informanter fra klinikkerne er tid en vigtig faktor; EjerogFys fortæller, at man ikke bliver rig af at lave tværfagligt samarbejde, da det hverken bliver honoreret af sygesikring eller patient. I offentlig regi, på kommunale arbejdspladser eller på sygehuse, hvor tværfagligt samarbejde efterhånden er en tradition, må man gå ud fra at arbejdet og økonomien er tilpasset til tværfagligt samarbejde. På de private klinikker er vores erfaring, at den enkelte fysioterapeut arbejder som selvstændig erhvervsdrivende og betaler provision til klinikken. Psykomotoriske terapeuter arbejder oftest på deres egen klinik, eller lejer sig ind i eksisterende klinikker, der deles af behandlere fra forskellige fagretninger. Så hverken hos den selvstændige fysioterapeut eller psykomotoriske terapeut er der honorar eller tildeling af tid til det tværfaglige samarbejde. Det er altså den enkelte behandler, der skal betale for den tid, der bruges til tværfagligt samarbejde. Man kan selvfølgelig sige, at behandleren selv må sørge for at lægge dette honorar oven i behandlingsprisen, men for fysioterapeuten kan det dog ikke lade sig gøre pga. sygesikringsoverenskomsten, som dikterer behandlingens pris, og hos den psykomotoriske terapeut må klienten i forvejen betale væsentlig mere for behandlingen, så det kan være svært at hæve prisen på den bekostning.

*”Man må imidlertid i en travl klinisk hverdag med rationeret tid altid forholde sig til netop tid og specielt den tid, der ikke bruges på direkte patientarbejde ud fra devisen, at tværfagligt samarbejde tager meget tid fra den direkte kontakt med patienterne.”*

( Hoeck & Stylsvig, 2004, s.4 )

### 12.3.3 Evidens

Det er ikke kun ude i praksisfeltet, at der er forhindringer. Ser vi igen på fagenes forskelle, mener DF's formand, at det kan være et stort problem, at psykomotoriske terapeuter ikke har tradition for at evidensbasere deres fag i samme omfang som fysioterapeuterne. FysogPsyk siger, at de i deres klinik ikke har taget andre fag ind endnu af frygt for, at det måske bliver "for alternativt". Hun nævner i samme forbindelse, at det er mange år siden at de psykomotoriske terapeuter hørte til i den alternative kategori.

Der kan måske være en pointe i, at der skal være mere evidens indenfor psykomotorikken, men man skal også huske på, at når der arbejdes med de mere "bløde" værdier, er det mere besværligt at evidensbasere. Samtidigt er den psykomotoriske behandling ikke en ensrettet størrelse, idet den rette type samtale, forskellige øvelser og manuel behandling tilpasses den enkelte klient. Ud over dette er relationen imellem behandler og klient også en vigtig del af den psykomotoriske behandling, hvilket om noget gør evidensbaseret ret besværlig, ligesom det også er for mange retninger indenfor psykologien. Professor ved Aarhus universitet, Bobby Zachariae (2007), skriver i en artikel i Psykolognyt, at psykologer nok næppe på sigt undgår at evidensbasere deres fag og metoder, så det er nok naivt at tro at psykomotorikken går fri, hvis den vil være en del af sundhedstilbuddene i Danmark. I kraft af at psykomotorikuddannelsen er blevet en bachelorgrad, som dermed også giver adgang til både kandidat og master grad, er en ny tradition for evidensbaseret startet. Jan Ivanouw, der er uddannet afspændingspædagog og psykolog, har med sit forskningsprojekt om muskeltonustests, som er en af metoderne indenfor psykomotorikken, påvist at dele af faget faktisk kan dokumenteres (Akasha, E et al, 2003).

### 12.3.4 Andre faktorer (værdier)

Hvis man yderligere skal se på mulige forhindringer for at få et samarbejde i stand, bliver man nødt til at inddrage helt fundamentale menneskelige egenskaber som værdier og holdninger. Det er ikke nok at sætte rammerne for et tværfagligt samarbejde, hvis den enkelte persons værdier og holdninger gør det svært at samarbejde. Især de psykomotoriske informanter, snakker om ligeværd og lige ansvarsfordeling i forbindelse med det tværfaglige samarbejde. Esben Hulgård (2008), Seminarielektor og uddannelseschef for Pædagoguddannelsen på

Gedved Seminarium, påpeger da også, at der kan være fare for, at et samarbejde præges af enkelte professioners egeninteresse og mistillid til, om de andre professioner forsøger at bevæge sig ind på deres område. Dette kan ifølge Lauvås & Lauvås være en af grundene til at samarbejdet lægger sig i den ”forkerte” ende af skalaen, som omtalt i teoriafsnittet.

*”Jeg tror det er vigtigt at man ikke render rundt med skyklapper på. Det har der været en tendens til tilbage i tiden. At vi skulle passe at ikke komme til at dele vores viden med de andre. Fysioterapeuterne, hvad stjæler de nu ikke fra os? Og det er sgu for gammeldags, det holder ikke!”*

(Lydfil: DAP\_formand.mp3, tidskode 29.32)

## **12.4 Fremtiden for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter**

Fysioterapeuterne er jo allerede godt etablerede mange steder indenfor sundhedssektoren, så de kan, som FysogPsyk udtrykker det, bare læne sig tilbage og ikke bruge energi på at etablere et samarbejde. De psykomotoriske terapeuter derimod har arbejdet mange steder både i sundhedsvæsenet, folkeoplysningen, psykiatrien mv., men de tilhører en lille faggruppe og et fag der er svært at definere tydeligt. Derudover har faget lige skiftet titel. Som vi ser det, må vi give DF’s formand ret i, at det er de psykomotoriske terapeuter, der selv må ud og profilere sig. Det er dem, der skal fortælle fysioterapeuterne, hvorfor de skal arbejde sammen på klinikkerne. Det er dem der skal fortælle resten af samfundet, hvad det er de kan og hvorfor det er vigtigt, at der er samarbejde imellem de to fag.

### **12.4.1 Profilering og ansvar**

Hvordan får de to fag en fremtid sammen? De to fagforbund er enige om, at der skal være mere dialog formændene imellem. Som nævnt ovenfor efterlyser DF’s formand en klar profil fra DAP om, hvad det egentlig er, de psykomotoriske terapeuter vil, og DF formanden undrer sig samtidig over, hvorfor en psykomotorisk terapeut ikke bare er en fysioterapeut med

speciale i psykosomatik<sup>9</sup>. Det tolker vi dog som et udtryk for hans manglende viden om de psykomotoriske terapeuter. Når der nu er ca. 300 fysioterapeuter med speciale i psykosomatik, og der er ca. 1000 psykomotoriske terapeuter, kunne man jo stille spørgsmålet den anden vej rundt. Vi må nok indrømme at denne betragtning afspejler vores part i det ene fag.

Forbundene er enige om, at det ikke er deres opgave at motivere og promovere et tværfagligt samarbejde imellem de to fag, hvilket vi er uforstående overfor. For rent etisk bør forbundene vel stå som gode eksempler for deres medlemmer, og promovere dét, som er bedst for medlemmernes ”kunder” nemlig patienter, klienter og ikke mindst samfundet. Fra DAP’s side kan det da kun være i deres interesse at få flere psykomotoriske terapeuter i arbejde og ikke mindst skabe tættere bånd til sundhedsvæsenet, hvilket et samarbejde med fysioterapeuterne vil medføre. Udover at DF får muligheden for at fremstå som et visionsfyldt forbund, der gør sig for gode til protektionisme, vil de også være katalysatorer for, at de fysioterapeutiske klinikker kan tilbyde en bredere vifte af behandlinger, og en mere passende behandling til en større gruppe af deres nuværende patienter. Det er ikke usandsynligt, at patienter og klienter vil være mere tilbøjelige til at anbefale den pågældende klinik til kommende kunder, hvis de føler, at der arbejdes på tværs af faggrænser.

Når Muusmannrapporten (Muusmann, 2006) påpeger, at der skal være mere tværfagligt samarbejde, må man nødvendigvis udvide sin viden om, hvordan man arbejder tværfagligt. Dog er det interessant, når Lauvås & Lauvås (2004) er inde på, at hvis diskrepansen bliver for stor imellem det tværfaglige samarbejde i teorien og dét tværfaglige samarbejde, der rent praktisk kan lade sig gøre, så er der risiko for at deltagerne giver op. Derfor bør vi nok sætte ambitionsniveauet lidt ned, og se på i hvilken omfang, det tværfaglige samarbejde reelt kan lade sig gøre.

Vi kan stille spørgsmålet, om det overhovedet er tværfagligt-, eller flerfagligt samarbejde, vi omtaler her i opgaven. Vi kan udvide spørgsmålet med, om det overhovedet er decideret tværfagligt samarbejde, der skal foregå i klinikkerne? Måske er det mere det flerfaglige samarbejde, der vil være relevant. Man kan argumentere for, at hvis der ikke er økonomiske

---

<sup>9</sup> Fysioterapeuter med efteruddannelse i metoder specielt rettet mod psykiatrien. BAT1, 2, 3.

og tidsmæssige ressourcer i klinikkerne til at holde møder om patienter/klienter, og man på den måde ikke kan yde den ”service”, som er den mest optimale, så må man gå efter den næstbedste løsning. Den næstbedste løsning vil så være, at ”kunderne” blive behandlet og ”set på” af to faggrupper frem for én. Kommunikationen imellem behandlerne må så foregå via journaler, over frokosten og ved det tilfældige møder på gangen, som PsykMot beskriver, det foregår på hendes arbejdsplads.

Vi skal dog hele tiden være opmærksomme på, hvordan vi som behandlere opbygger motivation og opretholder den i forhold til et samarbejde. I forbindelse med vores spørgsmål til informanterne, der drejede sig om behandlerens udbytte af et tværfagligt samarbejde, blev der b.l.a. nævnt: arbejdsglæde, yde det bedste for klienten/patienten, faglig tilfredsstillende, for egen fornøjelses skyld, det er sjovt. Alle disse udsagn dækker over stærke motivatorer. Vallerand kalder det for *indre motivation* og han nævner det som den største og vigtigste af motivatorerne. Så det er vigtigt ikke at indrette samarbejdet ved at gå så meget på kompromis med metoder, at motivationen forsvinder. Det er meget individuelt, om man som person bliver drevet af indre eller ydre motiver (Hassmén et al 2005), og vi mener, at det i forbindelse med det tværfaglige samarbejde er vigtigt at forsøge at styrke den *indre motivation*, hvis samarbejdet skal være godt og som nævnt tidligere ligeværdigt og respektfyldt.

Det er interessant at se, hvor meget vi har brugt FysogPsyks udtalelser og viden her i diskussionen. Vi havde troet, at vi hovedsagelig skulle bruge hendes udsagn til at validere de andres meninger, men fordi hun ved så meget om begge fag, er det oplagt at bruge hendes eksempler. Det fortæller os igen, hvor vigtig det er at have viden om hinandens fag, så man ved hvornår egne evner og metoder ikke slår til, og man bør inddrage en anden faggruppe.

Vi afslutter diskussionen med et citat fra interviewet med PsykMot, som vi synes er meget rammende.

*”Hvorfor ikke være god til det, man er god til, og så tage nogle andre ind til de ting, de er gode til, som de har valgt at specialisere sig og udvikle sig selv i. Vi kan jo ikke rumme det hele, men vi kan være gode til at bruge hinanden og det er vi ikke.”*

(lydfil: FysogPsyk, tidskode 42.53)

## 13. Konklusion

I det følgende vil vi anskueliggøre opgavens pålidelighed og svare på problemstillingen.

Vi vurderer ud fra metodekritikken, at vi har været i stand til at skabe en lødig undersøgelse af hvordan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter kan supplere hinanden indenfor klinisk praksis. Da vores undersøgelse tager udgangspunkt i den fungerende kliniske praksis, står vi ikke overfor den problematik at skulle overføre teori til praksis. Vi mener, at de benyttede informanter alle er troværdige repræsentanter for deres respektive fag, samt at den viden, de har tilført, er tilstrækkelig pålidelig til brug for praktiserende behandlere indenfor disse to faggrupper.

For at kunne svare på hvordan psykomotoriske terapeuter og fysioterapeuter kan supplere hinanden fagligt, har vi været nødt til at undersøge problemet ud fra adskillige facetter. En af omstændighederne for et tværfagligt samarbejde er, at deltagerne må have et fælles udgangspunkt: Selvom fagene ifølge bekendtgørelser og studieordninger på overfladen ser meget ens ud, finder man i behandlingsmetoder og patient/klient tilgange væsentlige forskelle, som netop er de områder hvor fagene kan supplere hinanden. Vi slutter, at det vigtigt, at kende til disse forskelle for at vide, hvornår der er et behov for fysioterapeutisk, såvel som psykomotorisk intervention i et behandlingsforløb. Derudover er der forskel på fagenes placering i sundhedsvæsenet, hvilket kommer til udtryk i, at fysioterapeuterne kan få tilskud fra sygesikringen og derfor har flere jobmuligheder. På baggrund af dette konkluderer vi, at det er fagenes forskellige kompetencer samt placering i sundhedsvæsenet, der har betydning for hvornår fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter kan supplere hinanden indenfor klinisk praksis.

Mange af de samarbejdsmetoder informanterne omtaler, enten hypotetisk eller i forbindelse med deres konkrete samarbejde, er allerede anerkendte metoder i tværfagligt samarbejde. Et relativt nyt redskab, som er værd at nævne fra undersøgelsen er, at der i fysioterapeuternes seneste overenskomst er åbnet mulighed for at tilknytte hjælpepersonale til at øge det tværfaglige sigte på behandlingsområdet. Det er en oplagt mulighed for, at fysioterapeuter kan inddrage og ansætte psykomotoriske terapeuter og på den måde etablere et samarbejde. Det

gode ved ordningen er, at den giver støtte fra sygesikringen, og dermed vil der kunne behandles og hjælpes flere mennesker. Dog må man være opmærksom på, at denne ordning kun giver tilskud til halvtimes behandlinger, hvilket betyder, at den enkelte psykomotoriske terapeut må gå kompromis med fagets gængse behandlingsform, der normalt varer en time.

Ikke overraskende fandt vi mange forhindringer, hvoraf en stor del af dem må adresseres for at skabe et bedre fundament for, at fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter kan supplere hinanden indenfor klinisk praksis. Interessante fund i denne sammenhæng er, at specielt manglende viden fagene imellem er en væsentlig forhindring. Særligt fordi kompetenceforskellene er essentielle for, at fagene kan supplere hinanden. En anden væsentlig forhindring er, at psykomotoriske terapeuter har et efterslæb på evidensbaseringen af deres fag, som betyder, at fysioterapeuter med deres veldokumenterede behandlingsmetoder kan have svært ved se de psykomotoriske terapeuter som ligeværdige samarbejdspartnere.

Ligesom indenfor andre områder i sundhedsvæsenet er manglende økonomiske ressourcer og tid indenfor klinisk praksis blandt de helt store forhindringer for det tværfaglige samarbejde. Der er hverken i sygesikringsoverenskomsten eller i patientbetalingen indregnet betaling for det tværfaglige samarbejde, hvilket må betyde, at de eneste, der kan dække udgiften er behandlerne selv. Flerfagligt samarbejde kræver færre ressourcer og på baggrund af ovenstående vurderer vi, at det derfor kan være mest hensigtsmæssigt at etablere et sådant samarbejde til at begynde med, for på længere sigt at arbejde sig hen imod et decideret tværfagligt samarbejde.

Hvis de to fag skal have en tværfaglig fremtid sammen, konkluderer vi, at det er vigtigt, at de psykomotoriske terapeuter får skabt en tydeligere profil overfor både fysioterapeuterne og resten af samfundet. Her kommer fagforeningerne ind i billedet som magtfulde aktører, der kan sende signaler til deres medlemmer f.eks. om, hvordan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter kan supplere hinanden i et tværfagligt samarbejde. Af den grund er det vigtigt med mere dialog mellem fagforeningerne, og som DF's formand ønsker, bør DAP melde klart ud, hvad de psykomotoriske terapeuter står for efter opgraderingen til professionsbachelor og navneskifte.

Fagforeningerne mener ikke, at det er deres ansvar at promovere et tværfagligt samarbejde mellem de to fag, men at det er op til de udøvende at skabe mulighederne og kontakterne. Fordi fysioterapeuterne allerede er etablerede i sundhedsvæsenet, udleder vi, at det hovedsageligt er de psykomotoriske terapeuter, der skal gøre fysioterapeuterne opmærksomme på de gevinster, der er ved at supplere hinanden ved et tværfagligt samarbejde.

Med den indsamlede viden konkluderer vi, at følgende omstændigheder og faktorer spiller en betydelig rolle for endeligt at kunne svare på, hvordan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter kan supplere hinanden i et tværfagligt samarbejde indenfor klinisk praksis:

- Det fælles udgangspunkt for tværfagligt samarbejde er fagenes væsentlige forskelle i behandlingsmetoder og klient/patient tilgange. Derfor må faggrupperne øge deres viden om hinandens kompetencer og arbejdsområder.
- Muligheden for at fysioterapeuter kan tilknytte andre faggrupper som hjælpepersonale med sygesikringstilskud.
- Psykomotoriske terapeuter skal i højere grad evidensbasere deres fag.
- Man må have de fornødne økonomiske ressourcer eller i stedet benytte sig af samarbejde af mere flerfaglig karakter.
- Psykomotoriske terapeuter skal tydeliggøre deres fagprofil.
- Psykomotoriske terapeuter skal vække fysioterapeuternes interesse for fordele og gevinster ved et tværfagligt samarbejde.

Svaret på hvordan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter kan supplere hinanden indenfor klinisk praksis, er:

**Fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter kan supplere hinanden i tværfagligt samarbejde indenfor klinisk praksis ved at lære om hinandens faglige kompetencer. I den kliniske praksis kan de gøre brug af de metoder, som allerede er foreslået indenfor teorien, men de kan også benytte den nye overenskomstordning, her kaldet hjælpepersonaleordningen. Den indebærer, at fysioterapeuter kan ansætte andre faggrupper som supplement i et behandlingsforløb. Det er primært de psykomotoriske terapeuter, der skal tage initiativet til at etablere det tværfaglige samarbejde. Dette skal gøres ved blandt andet at profilere sig tydeligere overfor fysioterapeuter og resten af samfundet.**

## **14. Perspektivering**

Ved efterfølgende refleksion over vores opgave, står det klart, at dele af den indsamlede empiri, af nogle kan opfattes som allerede kendt viden. Det nye ved denne opgaves konklusioner er, at det ifølge vores litteratursøgninger, er første gang der er nedskrevet dokumentation af de omstændigheder, der gør sig gældende ved tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter. En dokumentation, der kan bruges til inspiration og debat.

Vi håber, at opgavens konklusioner vil bidrage til at øge et tværfagligt samarbejde mellem de to faggrupper, ikke mindst fordi vores fælles patienter og klienter vil få en bedre og mere helhedsorienteret behandling og forhåbentlig også større helbredelsesprocent. Yderligere kan den opnåede viden bruges på fagforeningsniveau til at opmuntre til og iværksætte tiltag for at skabe den nødvendige motivation hos medlemmerne.

Uddannelserne er, på baggrund af Muusmannrapporten, blevet pålagt at lave et tværfagligt modul, der skal øge kvaliteten af patientplejen indenfor sundhedsvæsenet. I den sammenhæng, kan det undre os, at fagforeningerne ikke viser mere interesse i at udbrede viden om, hvordan man arbejder tværfagligt til deres medlemmer, sådan at de vil være bedre rustet til at møde ”den nye generation af professionsbachelorere” og de øgede krav til tværfaglighed fra sundhedsvæsenet.

## Litteraturliste

### Bøger:

Akasha, E.S. (2003): *Afspændingspædagogik – Tekster om faget 1946-2003*, Forlaget for afspændingspædagogik og psykomotorik.

Bjerrum, M. (2005): *Fra problem til færdig opgave*, Akademisk forlag

Brinkmann, S., Tanggaard, L. (2010): *Kvalitative metoder – en grundbog*, Hans Reitzels forlag

Ejrnæs, M. (2006): *Faglighed og tværfaglighed*, 1. oplag, Akademisk forlag

Flindt-Jensen, N. og Nielsen, T.A. (2002): *Fysioterapeut uddannelsen i København, 100 år i gode hænder*, fysioterapeutskolen i København, CVU Ørestad.

Hassmén, P., et al., (2005): *Idrætspsykologi*, Frydenlund

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009): *InterView, introduktion til et håndværk*, 2. udgave, Hans Reitzels Forlag

Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004): *Tværfagligt samarbejde – perspektiv og strategi*, 2. udgave, Universitetsforlaget

Malterud, K. (2004): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en indføring*, 2. udgave, Universitetsforlaget

Neergaard- Dibbern, P. (2000): *Politikens store fremmedordbog*, 2. udgave, Politikens forlag

Thagaard, T., (2008): *Systematik og indlevelse, En indføring i kvalitativ metode*, 3. udgave, Akademisk forlag

Knudsen, M., (1998): *Erfaringer med metodeudviklingen af det tværfaglige og tværsektionelle samarbejde på børn og ungeområdet*, Udviklings- og formidlingscentret for Fyn og Sønderjylland med støtte fra Socialministeriet.

Stolt, J. (2008): *Tværfaglighed & Entrepreneurship*, Jakob Stolt, Christian Vintergaard (Red.), *Tværfaglighed* (s.6-12). IDEA København og Øresund Entrepreneurship Academy

Dahl, K. (2001): *Antologi om tværfagligt samarbejde*, Bundgaard Jensen, J og Knudsen, M, (Red.), *Tværfaglig samarbejde – gevinst eller tap?* (s.17-26) Udviklings og formidlingscenter børn og familier, Aabenraa, med støtte fra socialministeriet.

## Artikler

Ejrnæs, M. (2009): *Sådan lukkes tværfagligt arbejde*, KBH018, Personaleblad for børne- og ungdomsforvaltningen, Nr. 4, København kommune, lokaliseret 8. december 2010 på KBH018,

<http://www.kbh018.kk.dk/upload/kbh018/blade/2009/kbh018%20nr.%204%202009.pdf>

Hoeck, B., Stylsvig, M. (2004): *Tværfagligt samarbejde - implikationer for klinisk praksis*, Lokaliseret 4. december 2010 på Videnscenter for hjerneskade,

<http://www.vfhj.dk/default.asp?PageID=860>

Ledderer, L. (2009): *Hvorfor er det svært at ændre klinisk praksis?* Lokaliseret 2. december 2010 på E-pages.dk, <http://www.e-pages.dk/dsam/41/17>

Zacharie, B. (2007): *Evidensbaseret psykologisk praksis*. Psykolognyt 2007 (nr. 12, s.16-25)

Guldager, A. (2010): *Fornem pris til tværfagligheden*. Fysioterapeuten 2010 (nr. 13, s.30-33)

## Studieordninger og bekendtgørelser

Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i fysioterapi (BEK nr. 831 af 13/8 2008)

Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i afspændingspædagogik og psykomotorik (BEK nr. 207 af 31/3 2008)

Studieordningen for uddannelsen til professionsbachelor i afspændingspædagogik og psykomotorik (UCC, 2010)

## Notater og dokumenter

Undervisningsministeriet 2006: Arbejdsgruppe om fremtidens sundhedsprofessionsuddannelser

Muusmann 2006: Samlet analyse af fremtidens krav til sundhedsprofessionelle

Hulgård, E. (2008): *Professionsteori og tværprofessionelt samarbejde*- et arbejdspapir. Lokaliseret d. 5.12.10 på:

## Links:

Pressemeddelse UCC 5/7-2009: Nyt fagligt uddannelsesmodul skal kvalificere sundhedssektoren. Lokaliseret d.12.10.10 på:

<http://www.ucc.dk/omucc/aktuelt/pressemeddelelser/7013.html>

## **Bilag 1 - Informationsbrev**

### **Information om deltagelse i opgave på Psykomotorikuddannelsen**

**Dato:**\_\_\_\_\_

Vi er studerende ved Psykomotorikuddannelsen i Hillerød.

I forbindelse med vores studium, er vi i gang med at udarbejde en opgave, der har følgende problemformulering:

***Hvordan kan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter supplere hinanden i et tværfagligt samarbejde indenfor klinisk praksis?***

Vi vil spørge om du vil deltage i opgaven på følgende betingelser:

- Din deltagelse er frivillig, og du kan til enhver tid trække dig fra deltagelse. Hvis du trækker dig, vil ingen af de informationer, du har bidraget med blive anvendt.
- Dine oplysninger vil blive behandlet fortroligt og anonymt.
- Oplysninger der indgår i opgaven vil blive opbevaret i et aflåst skab indtil opgaven er afsluttet. Herefter slettes/makuleres alle oplysninger.
- Der er ingen risici forbundet ved deltagelse i opgaven.
- Skulle du opleve ubehag eller føle dig usikker i forbindelse med deltagelse, vil du altid kunne henvende dig til den ansvarlige underviser/vejleder på psykomotorikuddannelsen.

Såfremt du vil deltage bedes du underskrive en samtykkeerklæring. Denne vil blive opbevaret på Psykomotorikuddannelsen i Hillerød, indtil vi har afsluttet uddannelsen. Herefter vil den blive makuleret.

**Med venlig hilsen**

**Pernille Burø**

**Rolf Auhagen**

---

**(de studerende)**

**Projektets vejleder er:**

**Navn: Steen Olsen**

**Arbejdstelefonnummer: xxxxxxxx og xxxxxxxx**

**Arbejds- Email: xxxxxxxx**

## **Bilag 2 - Samtykkeerklæring**

### **Samtykkeerklæring i forbindelse med teoretisk opgave i psykomotorikuddannelsen**

Vedrørende teoretisk opgave/projekt:

***Bachelorprojekt i psykomotorik og afspænding år 2010-2011***

Formålet med opgaven. Den foreløbige problemformulering er:

***Hvordan kan fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter supplere hinanden i et tværfagligt samarbejde indenfor klinisk praksis?***

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående opgave. I den forbindelse kan mine oplysninger m.v. bruges af de studerende der udarbejder opgaven.

Jeg er blevet informeret om:

- at deltagelse er frivillig og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse
- at jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mig fra deltagelse
- at fortrolige oplysninger slettes/makuleres efter at uddannelsen er afsluttet
- at der ingen risici er ved at deltage i projektet

Navn: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

## **Bilag 3 – Interviewguide (fagforbund)**

### **Indledende information:**

- 1) Dette interview foregår i ....., tilstede er .....

### **Indledende spørgsmål:**

- 1) Hvad dit navn og din alder?
- 2) Hvad er din uddannelse og hvornår er du uddannet?
  - a. Hvilke efteruddannelser/kurser har du taget inden for faget?
- 3) Hvor længe har du arbejdet her i forbundet?
  - a. Hvor længe i denne stilling?
- 4) Hvad er den vigtigste funktion i dit arbejde?

### **Hovedspørgsmål**

#### **5) Fortæl hvad du forstår ved begrebet tværfagligt samarbejde?**

- a. Er din forståelse af begrebet i overensstemmelse med den generelle forståelse i fagforeningsregi?
- b. Hvad er fagforeningens officielle holdning til tværfagligt samarbejde?
- c. I hvor høj grad prioriteres det tværfaglige samarbejde?

#### **6) Hvilke faggrupper er jeres primære mål for tværfagligt samarbejde?**

- a. Hvad er grunden til at det er lige de faggrupper?
- b. Hvad er udbyttet af det tværfaglige samarbejde med den nævnte faggruppe?

#### **7) Hvad er jeres erfaringer med fysioterapeuter/psykomotoriske terapeuters tværfaglige samarbejde med psykomotoriske terapeuter/fysioterapeuter indenfor klinisk praksis?**

- a. Hvornår kunne du forestille dig en fysioterapeut/**psykomotorisk** terapeut ville have gavn at et tværfagligt samarbejde med en psykomotorisk terapeut/**fysioterapeut**?
  - i. I hvilke situationer?
- b. Hvad tror du, udbyttet ville være af et tværfagligt samarbejde mellem de to faggrupper?
  - i. Patient/klient
  - ii. Økonomisk

iii. Faglig viden

- c. Hvad kunne et fælles mål for fysioterapeutisk og psykomotorisk samarbejde være?
- d. Har I kendskab til steder/arbejdspladser (evt. klinikker), hvor tværfagligt samarbejde foregår?
- e. Har I nogen tal på hvor mange der er?

**8) Hvordan sørger fagforeningen for at opfordre jeres medlemmer til tværfagligt samarbejde mellem psykomotoriske terapeuter og fysioterapeuter?**

- a. Hvad gøres helt konkret?
- b. Hvad gøres for at sikre gode vilkår og rammer for det tværfaglige samarbejde mellem fysioterapi og psykomotorik
  - i. Skabe mulighed for faglig indsigt og viden om den anden faggruppe
  - ii. Tværfaglige kurser
  - iii. Etc.

**9) Erfaring viser generelt, at manglende viden om hinandens fagkompetencer, ofte er en hindring for et optimalt tværfagligt samarbejde. Hvor meget synes du, at du ved om en fysioterapeut/psykomotorisk terapeuts kompetencer og arbejdsmetoder?**

- a. Tror du manglende viden om det andet fag er en generel hindring for et samarbejde?
- b. Er der andre ting du kan komme i tanke om, som kan være en forhindring?

**10) I uddannelsens studieordning står der at den uddannede skal kunne indgå i et tværfagligt samarbejde. Hvorfor er tværfagligt samarbejde vigtigt?**

- a. Hvad er formålet med det?
- b. Hvilket udbytte har jeres medlemmer af det tværfaglige samarbejde?
- c. Hvilket udbytte har jeres klienter/patienter af det tværfaglige samarbejde?

**11) Hvordan ser det ideelle tværfaglige samarbejde ud?**

- a. Hvilke forhindringer/udfordringer ligger til grund for at der er forskel på det ideelle og det faktiske tværfaglige samarbejde?

**12) Hvordan tror du fremtiden ser ud for de to fag?**

## Bilag 4 – Transskribering (ejer og fysioterapeut)

Spørgsmål	Udsagn	Tidskode	Kodning	Resumé
Hvordan bruger du dit fag her på arbejdspladsen?	Jamen, jeg er mit, jeg bruger ikke mit fag... jeg synes, når man er opdraget som fysioterapeut, så er det jo sådan, i alt hvad du gør så har du jo den der kropslige tanke med, hvordan du bevæger dig, hvordan du kigger på andre mennesker(...) selvfølgelig bruger jeg fys i mit arbejde, fordi det er mit arbejde, men jeg synes ikke jeg kan skille det at være fys og (*Informantens navn.red).	03.57	At være sit fag Faglig identitet	Jeg bruger ikke mit fag, jeg er mit fag og jeg synes ikke jeg kan skille det at være fys og (*Informantens navn.red).
	Jeg er ikke meget specifik fysioterapeut, som skal gå ind og lave ”nå, nu er der lige noget galt med denne her lille tilhæftning”, det er ikke på den måde jeg arbejder, jeg prøver at se på helheder, at se på bevægelseskvalitet og se på hvad kan man selv gøre for at få det bedre som pt.	04.50	Menneskesyn	jeg prøver at se på helheder, på bevægelseskvalitet og på hvad kan man selv gøre for at få det bedre som pt.
Er det noget der er generelt for fyss eller om det er noget du gør i forhold til de andre ansatte her på stedet?	Jeg synes nu nok at vi alle sammen her, ser nok lidt mere helhedsmæssigt på det, fordi vi har alle de muligheder vi har for at trække på andre faggrupper, altså trække os sammen og lave noget sammen., vi kigger ikke kun på én ting, vi ser på ”hvad kan det her have af konsekvenser for resten af personens velfindende og hvad kan vi evt. gøre ved det og hvad kan vi gøre ved fælles hjælp? Jeg ved ikke om det er specielt for fysioterapeuter.	05.26	Helhedsmæssigt faggrupper Fælles hjælp	Ved ikke om det er specielt for fysioterapeuter, men generelt i huset er der nok et mere helhedsmæssigt syn på grund af muligheder for at trække andre faggrupper ind i behandlingen.
Hvordan er menneskesynet her i klinikken?	Det er på en eller anden måde et værdiladet spørgsmål (...) jamen, det er godt (menneskesyn. red). Altså, sådan som vi snakker om vores kunder eller pt her i huset, så ved vi jo at uanset hvad vi kan finde af årsager til et eller andet problem, og vi måske ikke kan finde noget og vi siger jamen, altså det kan ikke passe at du har det sådan, fordi der er ingenting at finde, sådan er det ikke hos os. Vi ved at når folk opsøger os, så er det fordi de har et problem, som de ikke håndterer, og gerne vil have hjælp til at løse. Så jeg vil sige at vi har meget stor respekt overfor hvad folk kommer og fortæller os, også selvom dette lyder vanvittigt (...) vi tror på hvad de siger og vi prøver at handle ud fra det.	07.02	Menneskesyn Respekt At tro på kl/pt Tillid	Så jeg vil sige at vi har meget stor respekt overfor hvad folk kommer og fortæller os, også selvom dette lyder vanvittigt (...) vi tror på hvad de siger (pt.red) og vi prøver at handle ud fra det.
	Jeg vil gerne have sådan en let tilgang til det. Det skal ikke være vores sted skal ikke være sådan et klimisk, rent, strømmlinet hospitalssted, hvor vi har eksperter og specialister. Det har aldrig været min mening. Jeg synes at folk skal komme her og så skal de møde sådan et, glad, måske forvirret, hurtigt hus, hvor de føler sig	08.02	Let tilgang Mødet med kl/pt	Det har aldrig været min mening at vores sted skal være et klinisk, rent, strømmlinet hospitalssted, hvor vi har eksperter og specialister, men et sted hvor folk skal føle sig velkomne og bliver respekteret. De skal

	<p>velkommen, det lægger vi meget vægt på, ligesom tager hånd om vores kunder og pt og siger pænt velkommen, og så skal de respekteres, og så skal de hjælpes til en tro på, at de godt kan klare nogle ting selv. Og så skal de videre, enten med det her ud fra vores hus, eller også fortsætte med nogle af de ting og tilbud som vi har.</p> <p>(...)jeg startede med at være her selv (...) så fik jeg osteopaten ind, hun har samme syn som mig, så jeg vil sige, så mennesker der er kommet ind, var jo ikke kommet her, hvis ikke de var enige at det var sådan vi kiggede på vores pt. Selvfølgelig er vi forskellige, vi har forskellige uddannelser, forskellig alder, forskellig køn, men jeg synes det virker som om at vi alle sammen har den samme respekt for pt og også den samme lethed og glæde ved at kunne tilbyde noget som ikke nødvendigvis er totalt specifikt, men som godt kan være mere generelt. Det er bare glædesgivende.</p> <p>(...) vi er også gode til at sende folk videre, hvis vi ser, at det her, det kan vi overhovedet ikke finde ud af.</p>				<p>hjælpes til en tro på, at de godt kan klare nogle ting selv.</p>
<p><b>Er det dig der sætter linien i huset omkring at se på pt?</b></p>		09.03	Enighed om menneskesyn	<p>Selvfølgelig er vi forskellige her i huset, vi har forskellige uddannelser, forskellig alder, forskellig køn, men de mennesker der er kommet ind, var jo ikke kommet her, hvis ikke de var enige i at det var sådan vi kiggede på vores pt.</p> <p>Vi er også gode til at sende folk videre.</p>	
	<p>Når vi nu er så mange faggrupper der arbejder sammen, så det jo ikke noget med at man holder på sin fysioterapi og man kun vil bruge den form for behandling, nej, vi kan sagtens bruge samarbejdet mellem kiropraktor, og afspændingspædagog og osteopat, altså vi kan sagtens finde ud af at deles om pt, fordi vi helst vil have det bedste resultat for dem, det handler ikke om at profilere vores fag.</p>	10.30	<p>Sende videre</p> <p>Holde på sit fag</p> <p>Profilere</p>	<p>Det er ikke noget med at man holder fysioterapi og kun vil bruge den form for behandling.</p> <p>Vi kan sagtens finde ud af at deles om pt, fordi vi helst vil have det bedste resultat for dem, det handler ikke om at profilere vores fag.</p>	
<p><b>Fortæl hvad du forstår ved begrebet tværfagligt samarbejde?</b></p>	<p>Jeg forstår det på den måde, at man er nogle dygtige individuelle fagpersoner, som kan søge viden og inspiration, hos nogen som ved noget andet og for at være god til at være tværfaglig, så skal man være rigtig god til at være faglig. For hvis man ikke er det, så har, man ingen glæder af tværfagligheden</p>	11.10	Faglig dygtig Grundlag for tf	<p>Jeg forstår det på den måde, at man er nogle dygtige individuelle fagpersoner, som kan søge viden og inspiration, hos nogen som ved noget andet og for at være god til at være tværfaglig, så skal man være rigtig god til at være faglig.</p> <p>I huset findes der følgende; Mandags/frokostmøde 1 time, journalsskrivning/indsigt, mødes på gangen, alm frokosttid, kan hente hinanden i en vanskelig sag, laver fælles faglige kurser – alle behandlere er inviterede.</p>	
	<p>Vi spiser frokost hver dag, men om mandagen har vi en hel times frokost alle behandlerne sammen, hvor vi har sat tid af til at der drøfter vi pt. Vi skriver jo journaler og journalerne bliver set af alle dem der behandler og vi informerer hinanden om hvordan det er gået med pt</p> <p>Eller når vi det jo i frokosttiden, eller når man møder hinanden på gangen. Hvis vi har en vanskelig sag, så går vi også ud og henter hinanden.</p> <p>Det er sådan vi bruger det tværfaglige og så udtaler vi os jo nogen</p>	11.38	<p>Konkrete tværfaglige metoder</p> <p>Frokostmøder</p> <p>Mødes på gange</p> <p>Henter hinanden</p> <p>Udtalelser udadtil</p>		

	<p>gange til andre personer, altså læger, speciallæger eller hospitaler, der har henvist hertil, så vi må skrive en fælles udtalelse om dem pt eller den ting der er sat i værk.</p> <p>Og så laver vi nogle fælles kurser (...) vi udvikler vores faglige viden sammen og vi behandler vores pt der hvor det er relevant sammen. (<i>skelner I mellem behandlertyperne når I holder kurser?</i>)</p> <p>Nej, altså vi har noget der hedder behandlermøder og behandlertyper og der er alle behandlere med (...) der er ikke nogen der ikke er inviteret med.</p>				
<b>I hvor høj grad prioriteres det tværfaglige samarbejde?</b>	<p>Vi synes jo det er en del af vores force, at vi har det hele i vores hus og vi prioriterer det lige så højt vi overhovedet kan, men i dagligdagen, altså nogengange kan det jo godt være svært at, hvis man har 10 pt på en dag, og man skal nå og mødes omkring dem alle sammen, det gør vi jo ikke, så jeg vil sige, vi prioriterer det i den grad det er muligt, men i vores hovedprioriterer vi det højt, men det er bare ikke altid at det er praktisk muligt.</p>	14.25	Force Mødes ikke om alle pt Tid	Behov Tid	vi behandler vores pt der hvor det er relevant sammen, og der hvor det er praktisk muligt.  Det er en del af vores force, at vi har det hele i vores hus og vi prioriterer det lige så højt vi overhovedet kan, men det bare ikke altid praktisk muligt.
<b>Hvorfor bruger I tværfagligt samarbejde?</b>	<p>Altså, det er jo for at give pt den bedst mulige behandling, bedst mulige afklaring af deres problematikker, så er det jo vigtigt at se på det fra mange sider. Det er da også meget sjovere, altså, det er også for vores egen fornøjelses skyld, vi lærer da selvfølgelig noget af hinanden hele tiden. Og det er også rigtig sjovt, når ting lykkes, så det er da mere udviklende for den enkelte behandler også, at se tingene fra mere end en side.</p> <p>Så jeg vil sige, hovedudgangspunktet, det må være pt. Hvis man kun vil tjene penge (...) så køber man et hus og laver man nogle gardiner og så kan man stå og behandle pt, og behandle pt. Så kan man komme til at tjene penge. Men det er jo ikke noget man bliver rig af, at lave tværfagligt arbejde. Det får man jo ikke honoreret overhovedet. Det kan man ikke tage penge for. (<i>spørger: du mener ikke at sygestringsystemet honorerer ff?</i>)</p> <p>Ja, men det er der jo heller ikke ret meget andet der gør, vel? Du får heller ikke pt til at betale for tf, hvem skulle betale, det kan du kun selv som behandler.</p>	15.23	Fagligt udbytte Pt udbytte		Det er for at give pt bedst mulige behandling og afklaring af problematik.  Det er også for vores egen fornøjelses skyld; det er sjovt (når ting lykkes), lærerigt, udviklende. Det er vigtigt at se tingene fra flere sider. Hovedudgangspunktet må være pt.  Man bliver ikke rig af at lave tværfagligt arbejde, det bliver ikke honoreret, hverken af pt eller sygestringsystemet. Det skal du selv betale som behandling.
	<p>(<i>det er et spørgsmål om lyst?</i>)</p> <p>Ja, det er et spørgsmål om man synes det er interessant og sjovt. (<i>hvad synes du selv du får ud af det fagligt at arbejde tværfagligt med</i>)</p>	16.59	Arbejdsglæde Lyst Udbytte		Man skal have lyst og synes det er interessant og sjovt. Jeg får en bredere viden, det er en øjenåbner at

	<i>de andre?</i> Jeg får jo en bredere viden (...) det er en øjenåbner at man ser tingene fra en anden side og med en anden faglig baggrund. Det er da også udviklende for ens egen faglighed og ens egen person i det hele taget.		Motivation	se tingene fra en anden side med anden faglig baggrund. Det er udviklende for egen faglighed og egen person.
	(...) nogle gange er det stadigvæk nemmere, hvis man tror man er den eneste, der ved noget, og man er den klogeste kloge. Og man kan arbejde helt for sig selv, det kan jo nogen gange være meget nemmere. Det er ikke så specielt udviklende, så ser man sig også blind.	17.34	Ulemper	Nogle gange kan det være nemmere at arbejde helt for sig selv, men det er ikke så udviklende, og man ser sig blind.
<b>Hvornår oplever du, eller forestiller du dig, et konkret behov for tværfagligt samarbejde med en psyk mot?</b>	Vi har jo rigtig mange med komplicerede problematikker, som jo ikke bare handler om at man har lidt spændte nakkemuskulaturer, men at det er symptombærer på noget andet og at man også har spændinger alle mulige andre steder. Eller man har noget som skal behandles på en anden måde end det jeg kan som fys. Så mange af vores folk med kroniske smerter eller uforklarlige smerter, langtidssygemeldte, som har sådan et mere dårligt liv, der bruger vi hinanden. Når vi ligesom har fundet ud af der ikke er noget galt med den dut der, så kan vi arbejde videre med endnu mere helhedsbehandling. (...)for mig er det mere den der helhedstanke, som I jo også har i jeres uddannelse end vi har, trods alt.	18.11	Komplicerede problematikker Helhedsbehandling System	Mange af vores folk med kroniske smerter eller uforklarlige smerter, langtidssygemeldte, som har sådan et mere dårligt liv, der bruger vi hinanden. Når det viser sig at problemet ikke er konkret, kan vi arbejde videre med endnu mere helhedsbehandling.
<b>Er der sådan her i huset at folk bliver visiteret til en psyk med det samme?</b>	De kommer altid først igennem en fys, men det er jo vores system, at lægen henviser til fys, som så laver førstegangundersøgelse og så finder ud af, hvad ser det ud som om denne her pt kunne have glæde af? Og så visiterer videre til det.	21.18	Forskelle System Hjælpepersonale	I har mere helhedstanke i jeres uddannelse end vi har, trods alt. Fys vurderer ved førstegangundersøgelse det videre forløb.
<b>Hvem ”bestemmer” mest i det tværfaglige samarbejde?</b>	Det er jo fys som har ansvaret for de pt som kommer på en henvisning, men det er ikke mit indtryk at der er nogen som sådan bestemmer, fordi der jo er ikke noget der er rigtigt eller forkert, men der er måske noget der er mere hensigtsmæssigt end noget andet. Jeg føler, tror og tænker at vi lytter til hinanden og så det vi når frem til som virker som det der lyder mest sandsynligt, så er det det vi går videre med.	24.07	Ansvar Ligeværd	Henvisning til fysioterapeuter, som har ansvar pga henvisning fra lægen, men det er ikke mit indtryk at der er nogen som sådan der bestemmer. Hun føler, tror og tænker at vi lytter til hinanden og så det vi når frem til som virker som det der lyder mest sandsynligt, så er det det vi går videre med.
<b>Hvad ser du som klientens/patientens største udbytte af</b>	Altså, pt er overvejende rigtig, rigtig glad for at man tager dem så alvorligt, så der er ligesom flere om at løse problemet. Jeg har aldrig oplevet nogen egentligt sige, at de ikke ville, at de ikke brød sig om at der var flere...(behandlere:red)	25.22	Tilfredse pt Egen vurdering Ideelt tf	Pt er rigtig glade for at man tager den alvorligt, der er flere om at løse problemet.

<p><b>tværfagligheden mellem psyk og fys?</b></p>	<p>(...) jeg synes det fungerer. Vi kunne måske godt have en læge, så vi havde noget mere medicinsk indsigt, men jeg synes det fungerer.</p>			<p>Hun synes det fungerer, men at der kunne være flere faggrupper, fx en læge.</p>
<p><b>Er det sådan at I arbejder samtidig på samme klient?</b></p>	<p>Vi kan sagtens arbejde på begge niveauer samtidig, og det gør vi også. Jeg har ikke indtryk af at der er nogen der ødelægger noget arbejde for en anden, fordi man laver hvert sit.</p>	26.58	Sideløbende behandling System	<p>Kan arbejde med begge behandlingsformer på samme tid (sideløbende red.). Har ikke indtryk af at det ødelægger noget.</p>
<p><b>Hvordan opfordrer eller opmuntret I hinanden til tværfagligt samarbejde mellem psykomotoriske terapeuter og fysioterapeuter?</b></p>	<p>Vi prøver at have et fællesskab, gøre nogle ting sammen ind imellem også. Man skal jo kende hinanden for at man have arbejde sammen. Man er nødt til at se hinanden som personer og som fagpersoner, for at man kan have tillid til hinanden.</p>	27.21	Motivation Grundlag for tf	<p>Vi prøver at have et fællesskab, gøre nogle ting sammen ind imellem også. Man skal jo kende hinanden for at man have arbejde sammen. Man er nødt til at se hinanden som personer og som fagpersoner, for at man kan have tillid til hinanden.</p>
<p><b>Erfaring viser, at det ofte er manglende viden om hinandens fagkompetencer, der er en hindring for et optimalt tværfagligt samarbejde. Hvor meget synes du, at du ved om en psyk. Mot. kompetencer og arbejdsmetoder?</b></p>	<p>Jeg tror ikke vi 5 fagområder, er så forskellige fra hinanden...nu har jeg jo også mange års erfaring.</p>	28.15	Forskelle Erfaring	<p>Jeg tror ikke vi 5 fagområder, er så forskellige fra hinanden...nu har jeg jo også mange års erfaring.</p>
<p><b>Hvordan oplever du den største forskel mellem dit fag og din kollegas?</b></p>	<p>Jeg tror, at vi er mere sygdomsfikserede. At vi går ind og kigger på sygdom, eller på dysfunktioner i højere grad og søger at finde en løsning eller forklaring via en dysfunktion. Det er det jeg tror vi gør mere end en psyk. Og så har vi også de der lidt mere hurtige løsninger, vi giver akupunktur, laser, shock wave, manipulationer og traktioner.</p>	28.54	Forskelle	<p>Fyss er mere sygdomsfikserede, kigger mere på sygdom og dysfunktion og søger at finde løsninger eller forklaring end psyk mot. Vi har også de hurtigere løsninger, som akupunktur, laser, shock wave, manipulationer og traktioner.</p>

<b>Og ligheder?</b>	For mig, er der den store lighed i interessen for at få folk til at bevæge sig hensigtsmæssigt. Og så anatomi, fysiologi, psykologi og pædagogik er formentligt stort set de samme ting man arbejder med.	29.57	Ligheder	Interessen for at få folk til at bevæge sig hensigtsmæssigt. Anatomi, fysiologi, psykologi og pædagogik er formentligt stort set de samme ting man arbejder med.
	Den store forskel er vores mulighed for at få arbejde. Det der system som man har med at fyss kan få gå ud og få overenskomst med sygesikringen pøg på den måde. Det er lige som om der står flere jobs klar når man er fys. I skal i langt højere grad ud og skabe jeres jobs.		Overenskomst Skabe jobs Opsøgende arbejde Forskelle	Den store forskel er vores mulighed for at få arbejde. Der står flere jobs klar når man er fys. I skal i langt højere grad ud og skabe jeres jobs.
<b>Bruger I supervision som redskab til ff?</b>	Nej, ikke formaliseret.	32.42	Supervision Tværfaglige metoder	Bruger ikke formaliseret supervision.

## Bilag 5 – Oversigt over informanter

Informanter	Alder, køn	Uddannelse, år, evt. også efteruddannelse	Tidligere erfaringer	Nuværende stilling	Vigtigste funktion i stilling
Formand DF	52, mand	Fysioterapeut, '82, master i MPA, faglige- og ledelseskurser.		Siddende fagforeningsformand gennem 10 år	Repræsentere fysioterapeuter på landsplan i forhold til myndigheder og det politiske led i sundhedsvæsenet. Varetage fysioterapeuternes interesser i den sammenhæng.
Konst. Formand DAP	kvinde	Psykomotorisk terapeut, '92, fra afspændingspædagogisk seminarium Bodil Müller.	Sundhedssektoren på ældreområdet. Haft privat praksis og holdundervisning.	Sidder i Hovedbestyrelsen gennem 13 år. Deltager i forretningsudvalget Nu konstitueret formand i 6mdr.	Har fuldtidsarbejde ved siden af den konst. formandspost. Fungerer som støtte for næstformanden, mens formanden har orlov. Står p.t. overfor overenskomstforhandlinger.
EjerogFys	54, kvinde	Fysioterapeut, '80 fra København. Obstetrisk fysioterapi, børneterapi. Systemisk familierapeut. Læst kulturkommunikation og bevægelse på universitetet. Læst en master i rehabilitering.	Sygehus, fødselsforberedelse og træning for gravide og børnebehandling gennem 15 år. PPR som motorikkonsulent, Undervist i bevægelse, ergonomi og deslige på bla. sygeplejeskole. Undervist i bevægelse og pædagogik	Ejer af privatpraktiserende sundhedshus gennem nu 10 år.	Underviser hold og behandler individuelt. Ledelsesopgaver, som blandt andet at ansætte nyt personale.

			på fysioterapeutskolen.			
PsykMot	39, kvinde	Psykomotorisk terapeut fra EMM afspændingspædagogiske seminarium, '00. Efterkurser som supervisor og rehabilitering indenfor psykiatrien. Personlig træner udd.	Arbejdet indenfor psykiatrien i 5½år.	Ansæt som receptionist og Psykomotorisk behandler, som hjælpepersonale til fysioterapeuterne i privatpraktiserende sundhedshus.	Kontor og administration Psykomotorisk behandling og holdundervisning for blandt andet stressygemeldte.	
FysogPsyk	45, Kvinde	Psykomotorisk terapeut fra EMM afspændingspædagogiske seminarium, start 90'erne. Overbygning i børns motoriske udvikling Fysioterapeut '03.		Selvstændig fysioterapeut på fysioterapeutisk klinik gennem 5 år. Klinisk underviser på Fysioterapiskolen.		

### Bilag 6 – Samlet matrice

Koder	Formand DF	Konst. Formand DAP	EjergFys	PsykMot	FysogPsyk
	A	B	C	D	E
<b>Grundlag for tværfagligt samarbejde</b>					
1,	Dialog på tværs af faggrupper i forhold til at løse given opgave skal ske med gensidig forståelse, respekt, med krav til kvalitet og effektivitet.	Tværfagligt samarbejde er en rigdom ved at det giver en større bredde og det er en fordel. Der er også udfordringer ved tf. (ikke	Jeg forstår det på den måde, at man er nogle dygtige individuelle fagpersoner, som kan søge viden og inspiration, hos nogen som ved noget	Det forstår jeg ved en nysgerrighed og en fordybelse og lidt en forståelse for hinandens felter. Hvor har vi gråzoner, hvor vi forstår	Tf er en kæmpe ressource. Jo mere tværfaglighed, desto klogere bliver jeg og desto mere kommer pt i centrum og det synes jeg er en

	<p>Opgaver løses på lavest omkostningsniveau med kvalitet og rationalitet</p> <p>Fælles om opgave</p> <p>Flere øjne</p> <p>Byder aktivt ind</p> <p>Til gavn for pt, borger, kunde.</p> <p>Først og fremmest handler det om at udvikle og være skarp på egne faglige kompetencer med forståelse og respekt for andres kompetencer, og derefter mødes på arbejdsmarkedet med positiv fordomsfri forforståelse.</p>	<p>nødvendigt negativt ladede. Red)</p> <p>Fremhæver igen respekt og anerkendelse af hinandens arbejdsområde</p>	<p>andet og for at være god til at være tværfaglig, så skal man være rigtig god til at være faglig.</p>	<p>hinanden rigtigt godt og hvor kan vi supplere hinanden henne? Der skal være en dialog tilstede for at man kan lave et tf.</p>	<p>mangelvare i det danske sundhedssystem.</p>
<p><b>2, Fagenes forskelligheder</b></p>	<p>Gentager at han ved for lidt.</p> <p>Fysioterapeuter træner og arbejder på funktionsniveau</p> <p>Ergoterapeut arbejder det psykosociale.</p>	<p>(...)når jeg ser på en klient, så ser jeg jo det hele menneske.</p> <p>Når der kommer et whiplash ind hos en fys, så ser han hende hovedsageligt med whiplash og det er det område jeg skal behandle på. Altså, hvor jeg tænker at vi har meget større, øhh, vi går rundt om det hele og det kan godt</p>	<p>I (psykomotoriske terapeuter Red.) har mere helhedstanke i jeres uddannelse end vi har, trods alt.</p> <p>Jeg tror ikke vi 5 fagområder, er så forskellige fra hinanden...nu har jeg jo også mange års erfaring.</p> <p>Fysss er mere sygdomsfikserede, kigger</p>	<p>Fysioterapeut og kiro ser meget problematikker i kroppen som sygdom, lidelse eller defekt. Det er dét de går ind og behandler. De bruger betegnelsen ”patient”.</p> <p>Det er den dér viden om hvor svært det kan inde bag ved.</p> <p>Når folk kommer og siger ”jeg har også ondt i kroppen”.</p>	<p>Vi er meget fejlfindere som fysioterapeuter i modsætning til psykomotorikere, som i hvert fald, i min uddannelse, var på mennesket som helhed.</p> <p>Hun siger at det var svært som afsp. at få nok arbejde med behandling og derfor tog hun udd. som fysioterapeut.</p> <p>vi nedprioriterede selvfølgelig</p>

	<p>være at det whiplash ikke er det der fylder allermost. Det kan være det der er gået forud for whiplash. Og der mener jeg at vi har virkelig en styrke, det at kunne komme rundt om det hele menneske. Dermed ikke sagt at det gør fyss ikke, men de har bare en anden måde at gå til, bla det her betalingsmodulet osv og det er lidt anderledes.</p>	<p>mere på sygdom og dysfunktion og søger at finde løsninger eller forklaring mere end psyk mot. Vi har også de hurtigere løsninger, som akupunktur, laser, shock wave, manipulationer og traktioner. Den store forskel er vores mulighed for at få arbejde. Der står flere jobs klar når man er fys. I skal i langt højere grad ud og skabe jeres jobs.</p>	<p>Det er jo ikke fordi fyss ikke også ved det, men jeg synes bare jeg har en tilgang til hurtigt at få løst op i, så de gerne vil arbejde bevidst, også at sige noget om det. Der kommer noget mere hoved, krop, tanke, handling med ind i det, selv på mine undervisningshold. (...) det er dér jeg tror vi skiller os ud i forhold til fyss. Det er både i forhold til undervisning, men det er især også i forhold til behandlingen, at jeg godt kan finde på at gå ind og tale om kropsoplevelse. Fyss er rigtig dygtige til at undersøge en eller anden kompleksitet i et led eller en skade eller sådan noget. Det synes jeg overhovedet ikke jeg er, slet ikke rustet til. Jeg kan ikke på samme måde gå ind og undersøge som de kan.</p>	<p>psykologien i forhold til det andet studie, men havde mere om kar og nerver. Jeg synes det var helt til grin, den psykologiuundervisning vi havde på fysioterapiskolen i modsætning til den vi havde på det seminarium jeg gik på. Indgangsvinklen på fysuddannelsen er: ”hvordan kan vi hjælpe dig til at blive rask?” Indgangsvinkel på afsp. udd. : ”hvordan forbliver du rask?” ” hvordan optimerer dine chancer for at gå igennem det her liv og være rask?” Det er der ikke tid til i mit fag og det savner jeg. Fru Jensen kommer ind med en ny hofte, som hun har hamrende ondt og så kan man sige ”men, fru Jensen, hvor er det godt der ikke er noget galt med skulderen og hovedet fejler jo heller ingen ting”</p>
--	--	--	---	---

				<p>De har sådan nogle systemer, de kører efter, som jeg har dyb dyb respekt for. Det ser ud til at det fungerer rigtig godt. Og så ud fra det, så kan de tilrettelægge en behandling. De kan lave nogle øvelser og de laver noget manuel behandling. Der er de i et felt som jeg slet ikke er.</p> <p>Ligeså snart jeg taler om tyngde og nærværet i kroppen osv. Og hele vores behandlingssystem, med planerne i kroppen og den hele krop. Selvom det er den ene side der er dårlig hos en pt, som jeg behandler, så behandler jeg jo stadig hele kroppen. og det er det jeg synes der er den store forskel, de gør det fx ikke. De tager kun det område der er dårligt. Det er ikke på samme måde helhedstænkende, som vores</p>	<p>men det kommer vi ikke videre med den hofte af, så vi bliver jo nødt til at gå ind i problemet. Hvor man måske bedre som afspændingspædagog kan fokusere på alle de ting som er ressourcer. Så det er svært kun at fokusere på ressourcerne, som fysioterapeut.</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>fag er. Og måden at formidle på, men der er vi også forskellige. Alle mennesker er forskellige, uanset hvilket fag du har. Så der kan godt være en fys der har en måde at undervise på der er meget lig min og omvendt.</p>	
<p><b>3, Fagenes ligheder</b></p>			<p>Interessen for at få folk til at bevæge sig hensigtsmæssigt. Anatomi, fysiologi, psykologi og pædagogik er formentligt stort set de samme ting man arbejder med.</p>		<p>Vi havde nøjagtig den samme anatomi og fysiologi. Nøjagtig de samme bøger på de to uddannelser,</p>
<p><b>4, Behov for intervention</b></p>	<p>(43.47) Samarbejde i sig selv er ikke et formål og legitimeres kun af at kunne gøre noget bedre for pt, samfundet og sundhedsvæsenet.  Mener at hvis behandlingen ikke fungerer fx pga. manglende bundfældelse af</p>		<p>vi behandler vores pt der hvor det er relevant sammen, og der hvor det er praktisk muligt. Mange af vores folk med kroniske smerter eller uforklarlige smerter, langtidssygemeldte, som har sådan et mere dårligt liv, der bruger vi hinanden. Når det viser sig at problemet</p>	<p>(...) har en fys behandlet til en vis grad og der stadigvæk er meget høj spænding i kroppen, svær bevægelighed stadigvæk og svært ved at give slip og så ryger de ind til mig og så får de nogle andre værktøjer til ligesom at slippe spændinger i kroppen og arbejde på en anden måde og det giver noget rigtig godt,</p>	<p>Jeg har nogle pt på nuværende tidspunkt, der helt umodne for fysioterapi, men hvor jeg arbejder faktisk afspændingspædagogisk med dem. Det er den eneste måde, jeg får dem videre i systemet og så måske om 4 gange kan vi begynde at lave noget mere fysioterapeutrelevant. På den måde er det jo rigtig godt at</p>

	<p>bevægelseslæring, sygdomsbillede eller andre psykiske parametre vil den psyk måske arbejde med kropsforståelse og pædagogik.</p>		<p>ikke er konkret, kan vi arbejde videre med endnu mere helhedsbehandling.</p>	<p>det skift. (...) Vi har en patientgruppe med komplekse skader som bliver behandlet rigtigt meget. Det er meget smerteprægede og har brug for hjælp til at få det bedre. Men hvis de går her et år eller mere, skal vi være mere fokuserede på hvad der skal til.</p>	<p>have begge dele. Det kommer meget an på hvad det er for nogle mennesker der kommer ind ad døren, hvilke behov de har, der er nogle hvor det slet ikke ville være relevant. Eller nogen hvor det ville være rigtig relevant, men det ville de ikke kunne håndtere på den korte tid vi har. Ork ja. Hvis du kommer med en fraktur, en eller anden helt fysisk ting, som du skal have genoptrænet, så vil det være oplagt at gå til en fys. Fordi jeg tror stadig ikke I ved så meget om genoptræning, for det er ikke jeres business. Der er ingen tvivl om, der vil det være superrelevant at gå til en fys. Jeg anede ikke dengang jeg var afspændingspædagog hvad jeg skulle gøre med en diskusprolaps udover at give</p>
--	---	--	---	---	---

	<p>hensigtsmæssig behandling/patientforløb faglig tilfredsstillelse kompetenceudviklende professionsmæssig rolle, position og værdi stadfæstes. Tværfagligt samarbejde giver arbejdsglæde. At kende til forskellige perspektiver giver bevidsthed eller vidensudfoldelse.</p>	<p>Vi kan give hinanden noget på mange overlappende fronter. Yde det bedste for kl/pt.</p>	<p>Det er også for vores egen fornøjelses skyld; det er sjovt (når ting lykkes), lærerigt, udviklende. Det er vigtigt at se tingene fra flere sider. Man skal have lyst og synes det er interessant og sjovt. Jeg får en bredere viden, det er en øjenåbner at se tingene fra en anden side med anden faglig baggrund. Det er udviklende for egen faglighed og egen person. Nogle gange kan det være nemmere at arbejde helt for sig selv, men det er ikke så udviklende, og man ser sig blind.</p>		<p>noget afspænding og håbe på det gik væk. (26.23) Jeg ville blive fagligt mere velbevandret ved at få noget respons fra de andre behandlere. (42.53) evt. citat Men umiddelbart kunne vi nok drage rigtig meget nytte af hinanden. Eller de to uddannelser kunne drage rigtig meget nytte af hinanden, fordi at de to uddannelser tilsammen giver et meget bedre holistisk indblik i de enkelte mennesker. Men nogen gange tænker jeg også ”hvorfor ikke være god til det man er god til og så tage nogle andre ind til de ting de er gode til, som de har valgt at specialisere sig, udvikle sig selv i.</p>
<p><b>5, Fagligt udbytte</b></p>					

					<p>Vi kan jo ikke rumme det hele, men vi kan være gode til at bruge hinanden og det er vi ikke.</p>
<p><b>6, Klientens/patientens udbytte</b></p>	<p>Målet er at pt bliver uafhængig og frigjort fra behandling.</p>	<p>Det ville være ideelt for kl/pt at blive set på med forskellige øjne. Fys kan noget, jeg kan noget og omvendt og det er en fordel.</p>	<p>Det har aldrig været min mening at vores sted skal være et klinisk, rent, strømlinet hospitalsted, hvor vi har eksperter og specialister, men et sted hvor folk skal føle sig velkomne og bliver respekteret. De skal hjælpes til en tro på, at de godt kan klare nogle ting selv. Det er for at give pt bedst mulige behandling og afklaring af problematik. Pt er rigtig glade for at man tager den alvorligt, der er flere om at løse problemet.</p>	<p>Det ved jeg ikke rigtigt. Det er bedre fordi de i hvert fald får større kropsbevidsthed. (...) at være opmærksom på hvor meget du spænder op i den krop. (...) det er i hvert fald, det jeg kan give og det giver dem, oplever jeg, større bevidsthed om reflekserne i kroppen de mønstre de har i kroppen og de mønstre der opstår i kroppen efter en skade.</p>	<p>Jeg tror også at nogle af vores pt vil have rigtigt godt glæde af (fortæller om en stresset pt med hovedpine) og der kunne jeg godt tænke mig at jeg kunne sende min pt over til dig og sige nu får fru olsen lige en halv time, hvor fru olsen kan lære hvordan man sådan egentlig behandler sin egen krop på den mest hensigtsmæssige måde, måske kan stresse lidt af og så videre. Få nogle redskaber med hjem.</p> <p>Der tænker jeg at pt vil blive helbredt, fordi der vil være forskellige øjne på pt behov. Pt ville blive bedre hjulpet i det øjeblik der var flere forskellige faggrupper, som</p>

<b>Tværkfaglige metoder</b>					
				selvfølgelig har en relevans i forhold til det pt fejler.	
<b>7, Møder og kommunikation</b>			<p>I huset findes der følgende;                      Mandags/frokostmøde 1 time, journalskrivning/indsigt, mødes på gangen, alm. frokosttid, kan hente hinanden i en vanskelig sag, laver fælles faglige kurser – alle behandlere er inviterede</p> <p>Vi prøver at have et fællesskab, gøre nogle ting sammen ind imellem også.</p> <p>Man skal jo kende hinanden for at man have arbejde sammen. Man er nødt til at se hinanden som personer og som fagpersoner, for at man kan have tillid til hinanden.</p>	<p>Jeg ved der bliver lavet sådan nogle behandlert møder, hvor jeg også selv er inviteret med. Behandlerne supplerer hinanden godt her i huset ved at fortælle hinanden om patienterne drøfte dem. Fyss har deres fælles journal og kiro har sit eget. Jeg hører automatisk til under fys og går også ind under deres journal – og skriver efter en behandling.</p>	<p>Vi får en dialog om, hvad kan vi gøre og hvad kan jeg byde ind med som er lidt anderledes.</p>
<b>8, Vidensdeling og supervision</b>		<p>Kunne tænke sig at nyde godt af hinandens supervisioner, og at kunne sparre med og</p>	<p>Det er ikke noget med at man holder på sin fysioterapi og kun vil bruge den form for</p>	<p>Og vi holder også nogle temadage, hvor vi underviser hinanden. Det kunne være i</p>	

	<p>holde kurser for hinanden, altså vidensdele.</p> <p>Der har været en tendens til at gå med skyklapper og mener det er vigtigt at vidensdele og ikke være bange for at ”de andre” stjæler ens kompetencer.</p> <p>Det kan være drøftelser af kl/pt i form af fx en konference.</p>	<p>behandling.</p> <p>Vi kan sagtens finde ud af at deles om pt, fordi vi helst vil have det bedste resultat for dem, det handler ikke om at profilere vores fag.</p> <p>Kan arbejde med begge behandlingsformer på samme tid (sideløbende red.). Har ikke indtryk af at det ødelægger noget.</p> <p>Bruger ikke formaliseret supervision.</p>	<p>skulder, det kunne være behandlingsmæssigt.</p> <p>Der vil jeg sige ja og nej. Den supervision jeg har med fra psykiatrien er helt anderledes, der meget mere tid. Den måde jeg har lært det på, det kan jeg ikke trække med ind i det her hus. Virkeligheden er en anden her i huset.</p> <p>Jeg kan have en god spørgeteknik, som jeg kan have siddende i bagevedet og så kan jeg måske en gang imellem lave helikopter-viewet</p>	
<p><b>9, Sundheds- og overenskomstsystem</b></p>	<p>Ny sygesikringsoverenskomst har givet mulighed for at tilknytte andre faggrupper som tværfagligt sigte på behandling.</p>	<p>Fys vurderer ved førstegangsundersøgelse det videre forløb.</p> <p>Henvielse til fysioterapeuter, som har ansvar pga henvielse fra lægen, men det er ikke mit</p>	<p>De er henvist af lægen, de har været til lægen først. De har en eller anden lidelse og så kommer de til fys eller kiro med det.</p> <p>Når de har været hos mig 5-6 gange, så kommer de tilbage til fys og får en samtale om</p>	<p>Det kan godt være at vi har den praktiserende læge til at være tovholder, men den praktiserende læge er ikke god nok til at få samlet tingene.</p> <p>Men vi har snakket om at</p>

			<p>indtryk at der er nogen som sådan der bestemmer.</p>	<p>hvordan det har været, hvordan ser det ud nu og hvor skal vi så hen af? Så det er egentlig fys ansvar at føre pt let igennem forløbet. Jeg har frie hænder. Overenskomstmæssigt har fyss fået lov til at ansætte hjælpepersonale, det kan enten være en massør og afspændingspædagog, der giver nogle behandlinger. Men det er fysioterapeutens ansvar, hvordan behandlingerne går.</p>	<p>gøre brug af muligheden for hjælpepersonale, men ikke ifht. Psykomtoriske terapeuter, men med nogle fysioterapeut studerende og få dem ind over til at lave noget holdundervisning, mm. De store dele af den pædagogiske viden jeg har omk. træning og undervisning, har jeg fra min udd. som afsp. pæd. og hvis I stadig har så lige så meget undervisnings erfaring, så kunne vi ligeså godt bruge sådan nogen som jer (psyk. Mot. Red.), som vi ku bruge fys studerende. I ville nok løfte opgaven langt bedre.</p>
<b>Forhindringer for det ideelle tværfaglige samarbejde</b>					
<b>10, Værdier</b>		<p>Ansvarsfordeling er ideelt set 50/50. ville ikke bryde sig om at arbejde et sted hvis det ikke var sådan.</p>		<p>Ved TF forstår jeg en nysgerrighed og en fordybelse og lidt en forståelse for hinandens felter.</p>	<p>Så ligger det jo hele det fundamentale i at I jo forhåbentlig ser det raske menneske og vi ser på det syge. Men det synes jeg</p>

		<p>Forskelligheden (mellem fagene.red) burde være en styrke.</p> <p>Har man en stærk fagidentitet er det ikke et nederlag at sende sine klienter videre, hvis der ikke er fremgang i behandlingen. Man skal ikke bare malke en klient for penge.</p> <p>Hvis der ikke er respekt for hinanden, vil et tværfagligt samarbejde ikke fungere.</p> <p>Har selv stor faglig stolthed og ønsker mere rummelighed og respekt for den andens fag i mødet med hinanden.</p> <p>Oplever at de nyere uddannede fysioterapeuter har lidt svært ved dette ” ”møde.”</p> <p>(...) at kunne yde det bedste for den klient/patient man nu har med at gøre. Jeg tror det</p>		<p>faktisk bare er meget stærkt, hvis man ku samarbejde om de to ting. En force frem for en begrænsning.</p>
--	--	---	--	--

<p><b>11, Fordomme, manglende forståelse og viden</b></p>	<p>Manglende forståelse og anerkendelse. Ved der findes klinikker indenfor begge fag, men kender ikke til tværfagligt samarbejde.  Gentager at han ved for lidt om et gavnligt samarbejde imellem de to faggrupper.  Fordomme Har et blandet billede af de gamle afspændingspædagoger Mener at psykomotoriske terapeuter nærmer sig det</p>	<p>er vigtigt at man ikke render rundt med skyklapper på. Det har der været en tendens til tilbage i tiden. At vi skulle passe at ikke komme til at dele vores viden med de andre. Fysioterapeuterne, hvad stjæler de nu ikke fra os? Og det er sgu for gammeldags, det holder ikke!</p>		<p>Hun synes efterhånden hendes viden er ret god efter 1 ½ år.</p>	<p>Desværre ser vi (de to fag Red.) nok ikke særlig godt på hinanden. Jamen, jeg tror der ligger den samme hurdle, som der er i hvert fald for fyss vedkommende, ligger imellem fyss og ergo. Nemlig, at ergo det de der med pedirørene og der sidder og drikker te hele dagen. Og fys det er dem der lærer noget. Og lidt det samme, at I piller rundt i navlen osv og vi laver bearbejdet. Men jeg</p>
---	---	--	--	--	--

	<p>fysioterapeutiske specialområde (psykosomatik)</p>	<p>mere af det psykmotoriske arbejde vi laver. De hævder at de også har rette til at bruge ordet ”psykomotorisk behandling.” Ved ikke om det er manglende viden eller om det er ”dem og os” Hvilke signaler sendes ud til medlemmerne herfra DAP på godt og ondt? Mener ikke at DAP udsender sådanne signaler, men at det må komme et sted fra. Referer til egen studietid, hvor der var en angst for at andre stjål deres viden og metoder, men tænker og håber at det ikke er sådan på de nye uddannelser.</p>			<p>tror at det er ved at blive brudt mere op, det håber jeg i hvert fald det er.</p>
<p><b>12, Kultur og traditioner</b></p>	<p>Magten i hverdagspraksis og traditioner er svære at gøre op med. Mentale og strukturelle traditioner</p>	<p>Det er ikke vores kultur. De to fag har forskellig menneskesyn og det tænker hun som værende en udfordring/barriere.</p>			
<p><b>13, Ledelse og økonomiske</b></p>	<p>Dårlig ledelse er efter hans</p>		<p>Det er en del af vores force, at</p>	<p>Ser ikke andre forhindringer</p>	<p>Jeg er superglad for at være</p>

<p><b>ressourcer</b></p>	<p>mening muligvis den største forhindring</p>		<p>vi har det hele i vores hus og vi prioriterer det lige så højt vi overhovedet kan, men det bare ikke altid praktisk muligt. Man bliver ikke rig af at lave tværfagligt arbejde, det bliver ikke honoreret, hverken af pt eller sygesikringssystemet. Det skal du selv betale som behandler.</p>	<p>end tid. Tiden er en meget stor faktor her, ved ikke om I fornemmer det, det er et hus, der sker noget i. Vi kunne sagtens blive meget bedre, det er da slet ikke nogen tvivl om. Jeg synes det er, men vi griber i egen barm for at få gjort, for lige at få talt sammen, det er ikke noget der er tilrettelagt endnu.</p>	<p>fys, det er ikke det, men jeg kunne rigtig godt tænke mig at bruge lidt mere tid på at føre de to ting sammen (fysioterapeut og psykomotorisk terapeut). Der er nogen hvor det ville være rigtig relevant, men det ville de ikke kunne håndtere på den korte tid vi har.</p>
<p><b>14, Evidensbasering</b></p>	<p>Mener det er en udfordring at psykomotoriske terapeuter ikke er udpræget evidensbaseret. Han mener det er en udfordring hvis vi vil arbejde indenfor sundhedsvæsenet. I sundhedsvæsenet er vidensnormen evidensbasering og der kræves dokumentation, hvis man vil være en del af tværfagligheden dér.</p>				<p>Vi (i klinikken Red.) er bare enormt bange for at få det til at blive for meget alternativt, hvis det er at vi lukker op for kassen og siger nu vil vi gerne have nogle mennesker ind med anden baggrund.  Men nu er vi jo ikke alternative (afsp. pæd. Red.) og har jo ikke været det siden jeg ved ikke hvornår. Jeg tror det var i 90, man fik SU eller sådan noget på jeres uddannelse.</p>

<p><b>15, Sundheds- og overenskomstsystem</b></p>	<p>Sundhedsvæsen er for provisionsdrevet frem for opgavedrevet</p>	<p>Der er en forskel nu, fordi vi ikke er under sygesikring. Der er forskel i tidsforbrug og betaling i behandlinger. At vi ikke er med i sygesikringen og mangler autorisation er hindringer. Tror at hvis man har autorisation, så er man inde i varmen.</p>		<p>Jeg synes jo at vi skulle lave helt om på sundhedssystemet, sådan at vi satte pt i centrum, det ville være en glimrende ting. Det synes jeg kniber lidt i det danske sundhedsvæsen. Vi ligger jo meget under, fordi vi er en del af sygesikringsordningen, ligger vi jo rigtig meget under deres systemer og deres retningslinjer. Det er lidt ærgerligt, men til gengæld så får jeg brød på bordet.</p> <p>vi har jo den fordel som fyss, men også den begrænsning at vi jo får et offentligt tilskud, eller nogen gør. Men jeg tror, når vi har det privilegium at vi kan få et sygesikringstilskud og I ikke har det. Så tror jeg der kommer et eller andet twist imellem de to faggrupper. Og det ku jeg godt forestille mig</p>
---	--	--	--	---

					ku være et problem.  Men jeg tror, når vi har det privilegium at vi kan få et sygesikringstilskud og I ikke har det. Så tror jeg der kommer et eller andet twist imellem de to faggrupper.
<b>Fremtiden for tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter og psykomotoriske terapeuter</b>					
<b>16, Syn på ideelt tværfaglige samarbejde</b>		Vi taler om samme genstand, kroppen, og psyk burde også være med da vi har mere viden om sammenhængen mellem psyke og krop. På kommunale træningscentre og privatklinikker der henvender til borgere. Drømmer om et sundhedshus, hvor alle sundhedsfagene er repræsenteret. Vi er ikke i tænkt i de opstående sundhedscentre.	Hun synes det fungerer, men at der kunne være flere faggrupper, fx en læge.		(...) det ville være meget mere legalt, hvis det lå i samme hus, meget mere legalt at sige ”prøv lige at se, tror du, du kan byde ind med noget her?”  Jeg kunne rigtig godt tænke mig at dele hus med andre faggrupper og det kunne være sådan nogle som jer og det kunne være lægerne, speciellægerne for den sags skyld. Og det kunne være måske nogle andre indenfor

					<p>sundhedssektoren, som har en anden indgangsvinkel end vi har.</p> <p>Der synes jeg at de enkelte behandlingssteder skulle være mere sådan hvor vi sætter pt i centrum og siger hvad har vi af muligheder, og hvad kan du have glæde af?</p> <p>(taler om et ideel pt forløb i et tf) ...så vi holder styr på, hvad tilbyder vi, får vi tilbage igen. Jeg tror pt bliver bedre helbredt på den måde. Der er også større helbredelsesprocent på den måde, hvis vi kan jonglere med nogle flere bolde.</p> <p>(beskriver system med læge som tovholder)</p>
					<p>Jeg tror også det hjælper meget at I får det der pædagog væk, for jeg tror der bliver lødighed over det.</p>
				<p>Vi prøver at have et fællesskab, gøre nogle ting sammen ind imellem også. Man skal jo kende hinanden for at man have arbejde</p>	
				<p>Mener at jo mere synlige psykomotoriske terapeuter er i medierne jo mere vil de blive tænkt ind i et tværfagligt billede af politikerne.</p>	
				<p>Hvordan psykomotoriske terapeuter vælger at definere sig på faglige områder og i forhold til et samarbejde er afgørende for fremadrettede</p>	
<b>17, Motivation</b>					

	<p>muligheder. (har svært ved at se muligheder, fordi han ikke kender den "nye" profil) Håber på et godt samarbejde og undrer sig over den selvstændige profil samt hvorfor en psykomotorisk terapeut ikke bare er en fys med speciale i psykosomatik. Ønsker mere tydelighed omkring hvad de psykomotoriske terapeuter kan byde ind med ift. andre terapeutgrupper Mener ikke det nye navn er et konkurrenceparameter, men nærmere et forvirrende element for borgerne at psykomotoriske terapeuters bidrag i terapeutverdenen kan udvande begrebet.</p>	<p>Forstår godt hvis politikere er i tvivl om hvem vi er efter navneskiftet. Ønsker mere tf med mere velvilje frem for modstand: "Jeg kunne ønske at det var meget mere sige ja frem for at sige nej."</p>	<p>sammen. Man er nødt til at se hinanden som personer og som fagpersoner, for at man kan have tillid til hinanden.</p>	<p>Være opsøgende, delagtiggøre os i jeres viden, være opsøgende til fyss. Simpelthen inviterer nogle fyss som er relevante. Komme ud på klinikkerne. Få et job som du har (ansat i klinik Red.)  Det kommer jo an på hvad du selv har af indgangsvinkel og hvordan du har lyst til, at førhen var det måske mere sådan at hvis du spørger om noget er det måske fordi du ikke er dygtig nok. Nu er det mere sådan "jeg har det her repertoire, denne her vifte, har du et eller andet du kan byde ind med, noget du har set før" Jeg ku godt forestille mig at fysioterapeuterne siger: "det er ikke vores business",  Jeg tror I skal kæmpe en brag</p>
--	---	--	---	---

						<p>kamp, hvis I skal ind i det her. Vi kan jo læne os tilbage og sige at ”vi er jo anerkendte, så vi behøver ikke at foretage os en dyt”, men jeg synes det kan være rigtig interessant og lave mere af med jer.</p>
<b>DF og DAP's rolle</b>						
<b>18, profilering og ansvar</b>	<p>Tæt samarbejde ml DF og DAP. DF forhandler for DAP i sundhedskartellet og er rådgiver i juridiske sager.</p> <p>Vigtig med dialog i fagforeningerne for at undgå sammenstød på arbejdspladserne.</p> <p>Fagforeningerne skal promovere gensidig respekt i organisationsverden, da det vil smitte af på arbejdspladserne.</p>	<p>Der er allerede et samarbejde (i fagforeningerne.red), men det er et storebror/lillesøster forhold.</p> <p>Fysss er i samme situation som os, i forhold</p> <p>tilsygeplejerskerne. Det er et hierarki vi må indordne os under.</p> <p>Vi er jo en meget mindre organisation og de har flere år på bagen og de har en anden historie bag sig, så der er forskelle.</p> <p>Vi skal være glade for DFs</p>				

	<p>DF gør ikke noget for at opfordre til tf. Men ikke-medlemmer har lov at deltage vores kurser hvis der er plads. Udelukker ikke at afspændingspædagoger har undervist på DF kurser. DF opfordrer klinikkerne til at udnytte den nye mulighed for at tilknytte andre personalegrupper og tænke ud af boksen, men der er ikke kommer hul på udviklingen endnu.</p> <p>Tværfagligt samarbejde er en mental indstilling, som fagforeningen kan understøtte eller modvirke.</p>	<p>hjælp i forhold til det overenskomstmæssige, de har gjort mange gode ting.</p> <p>Der har været kampe imellem fagene, men jeg synes der er en god tone formændene imellem.</p> <p>De har respekt for hinanden og det er vigtig med dette ovenfra så det kan spredes ud. Henviser til eksempel med psyk og fys og undrer sig over hvor og hvordan det opstår.</p> <p>Ved ikke om det er manglende viden eller om det er ”dem og os”</p> <p>Hvilke signaler sendes ud til medlemmerne herfra DAP på godt og ondt?</p> <p>Mener ikke at DAP udsender sådanne signaler, men at det må komme et sted fra.</p> <p>Referer til egen studietid, hvor der var en angst for at</p>		
--	--	---	--	--

		<p>andre stjal deres viden og metoder, men tænker og håber at det ikke er sådan på de nye uddannelser. Nej, vi skriver ikke de store læserbreve, men vil til en hver tid motivere medlemmer til at søge stillinger.</p> <p>Mener ikke det er DAPs domæne at skabe faglig indsigt i hinandens fag, men at man selv har et ansvar i det opøgende arbejde.</p> <p>Der kan være mange fysioterapeuter på vores kurser og det er pragtfuldt at de er interesserede i det vi også laver.</p> <p>Og så ville jeg ønske at sådan noget som kurser bliver åbnet meget mere op. Der er rigtig mange kurser der er lukkede for os hos fysserne.</p>			
<b>19, Fremtid</b>	Ønsker mere dialog med DAP	Til en start, skal formændene,			

	<p>om de psykomotoriske terapeuters roller i sundhedsvæsnets. Dialog må vente fordi DAPs formand er på orlov det næste halve år. Mener ikke det haster.</p>	<p>som nu, tale sammen.</p>			
<p><b>20, Uddannelserne</b></p>					
	<p>Tværfagligt samarbejde skal ikke fødes på uddannelserne. Først og fremmest handler det om at udvikle og være skarp på egne faglige kompetencer med forståelse og respekt for andres kompetencer, og derefter mødes på arbejdsmarkedet med positiv fordomsfri forforståelse.</p>	<p>Den fysiske placering af (de sundhedsfaglige.red) uddannelser ville give et andet miljø og en interaktion allerede i studietiden. Mener at det er en åbning for fagene (ovenstående.red), at der er et tværfagligt modul på uddannelserne, som vil kunne skabe netværk allerede dér.</p>			

## ***Bilag 7 – CD indhold***

Oversigt over indhold af interviewCD:

- ”Dap\_formand.mp3” Interview med DAP’s konstituerede formand.
- ”DF\_Formand.mp3” Interview med formanden for Danske fysioterapeuter.
- ”EjerogFys.mp3” Interview med klinikejer og fysioterapeut.
- ”FysogPsyk.mp3” Interview med behandler med både fysioterapeut- og psykomotorisk terapeut uddannelserne.
- ”PsykMot.mp3” Interview med psykomotorisk terapeut

Lydfilerne er i mp3 format som kan afspilles direkte på mange nyere CD-afspillere kan dette imidlertid ikke lade sig gøre, kan filerne afspilles fra en computer.