

Oppbyggingen av psykiatrisk teamarbeide

Ole Herman Robak

Utvecklingen av teamarbete är nödvändigt om man skall utnyttja personalens terapeutiska resurser och göra ett psykiatrisk sjukhus till ett effektivt terapeutiskt instrument, framhåller i nedanstående artikel Ole Herman Robak, överläkare vid Dikemarks Sykehus i Norge.

Fördraget baseras på erfarenheter från omstruktureringen av psykiatrisk vård vid Opdøl psykiatriska sjukhus. Artikeln utgår från ett föredrag som första gången hölls 26/9 1972 och som sedan i reviderad utformning varit ett bärande element i en rad konferenser, som de senaste åren arrangerats i Sverige kring temat Teamarbete i psykiatrisk vård.

Innledning

Gjennom mange års arbeide i psykiatrisk sykehus er jeg kommet til at en organisering av alt behandlingspersonale i en eller annen form for team-samarbeide er helt nødvendig, dersom man skal kunne utnytte personalets terapeutiske ressurser og gjøre sykehuset til et effektivt terapeutisk instrument. Den følgende fremstilling er et forsøk på systematisk tenkning omkring dette. Fremstillingen har først og fremst gyldighet for psykiatriske sykehus, men en del av synspunktene kan også ha mer generell gyldighet.

Definisjon av et psykiatrisk team

Med et psykiatrisk team mener jeg en gruppe fagfolk innen det psykososiale arbeidsfelt som jobber sammen om å løse en bestemt oppgave. Samarbeide betyr ikke bare at man holder sammen geografisk, f.eks. har kontor i samme bygning, eller at det er satt en ramme for arbeidsområdet. Det betyr også at man virkelig løser oppgaver i fellesskap, helt eller delvis.

Teamarbeidet bygger på den forutsetning at mange oppgaver løses best ved at folk deler tid, ekspertise og innfølgelse under arbeidet med oppgaven. Selvsagt betyr ikke dette at alt skal foregå i gruppe, mye må foregå individuelt med den enkelte klient. Men teamarbeideren må da ha ansvar for å dele sin viten med de øvrige som jobber med samme klientoppgave. Desuten må det kommuniseres med den eller de i teamet som har spesiell ekspertise, slik at disse kan gi veiledning og råd.

Teamet vil bli bygget opp på forskjellig vis, alt etter formål og oppgave, arbeidsmåte, tilhørighet, geografiske og demografiske forhold, hvilke ressurser som er tilgjengelige, osv. La oss se på dette punktvis.

Formål og oppgave

Hvilket klientel skal teamet arbeide med, er det barn, ungdom, voksne, familier? Tas det særskilt sikte på alvorlig syke, eller planlegges et bredere tilbud, evt. lettere nervøse tilstander? Ønsker man f.eks. spesielt å arbeide med klienter som har ressurser til å gjennomgå innsiktspregete former for psykoterapi?

Arbeidsmetoden

Skal det arbeides vesentlig med inneliggende pasienter ("sluten vård"), eller skal det arbeides poliklinisk ("åpen vård")? Eller ønsker man en arbeidsform der det samme team har ansvaret for klienten hele veien ("comprehensive service")? Tas det sikte på korttids kriseintervensjon, eller er

Et psykiatrisk team er en gruppe fagfolk innen det psykososiale arbeidsfelt som jobber sammen om å løse en bestemt oppgave.

.....

Slik samfunnet hittil har fungert, har det vært en fordel å bli definert som medisinsk tilhørig.

.....

man beredt til å ta på seg langsiktige oppgaver og ansvar.

Tilhørighet

Hvis teamet defineres som klart medisinsk, øver dette en bestemmende innflytelse på teamets rolle og funksjon. Defineres teamet i sosial sammenheng, får den medisinske ekspertise og ideologi straks en mindre rolle.

To ytterkant-eksempler: På den ene siden sykehuset, på den andre psykiatritjenesten i fengsel eller sikringsanstalt. Mellom slike ytterpunkt finnes en rekke overganger, f eks familierådgivningskontorene.

Slik samfunnet hittil har fungert, har det vært en fordel å bli definert som medisinsk tilhørig. Skoleverket er også bra å tilhøre. Mindre bra har det vært å tilhøre sosialvesenet, og enda dårligere med fengselsvesenet. Det skjer stadige endringer i denne skjevfordelingen, men på en eller annen måte vil dette alltid være en realitet som man må ha øynene åpne for.

Geografiske og demografiske forhold

Skal det arbeides i bymiljø eller i landsmiljø? Bor folk godt samlet i tettbebyggelser, eller er befolkningen spredt over et større område? Hvordan er kommunikasjonsmidlene bygget ut? Slike rent praktiske forhold vil ofte bli helt avgjørende for opplegg og arbeidsmetode, de veier tyngre enn de fleste teorier.

Ressurstilgang

Det som i siste instans vil veie aller tyngst, blir spørsmålet om hva man har å rutte med av penger og folk. Blant faktorer med avgjørende innflytelse på ressurstilgangen kan nevnes arbeidsstedets plassering, samt hvilke kategorier av fagpersonell man baserer seg på.

Det er en kjent sak at de psykiatriske sykehus har hatt og fremdeles har store problemer med rekrutteringen av kvalifisert personale. En av grunnene til dette synes å være en viss rigid fantasiløshet fra ledelsens side. Man har låst seg fast i ønsket om rekruttering av bestemte personalkategorier (spesielt leger og sykepleiere) og har ikke i tilstrekkelig grad stilt seg åpen for alternative muligheter.

Hvis man idag skal bygge opp et teamarbeide i et psykiatrisk sykehus, er imidlertid mangelen på faglig utdannet personale et faktum som må tas med i planleggingen.

Jeg har alltid funnet det betenkelig å utsette nødvendige oppgaver i påvente av bedrete personalressurser. Man får heller bygge på de ressurser som allerede finnes, dvs det personale som allerede arbeider i sykehuset. Oppgaven blir altså å få dette personalet, med alle dets utdannelsesmessige mangler, til å fungere som brukbare psykiatriske team.

Oppbyggings- og omstruktureringsarbeidet kan deles i to hovedelementer. Det ene kan kalles *rammen* eller det ytre arbeide: hvordan skal de ytre forhold legges best mulig til rette? Det andre vil jeg kalle *det indre arbeide*, det nødvendige oppbyggingsarbeide innen selve teamet.

Rammen

Det første som må gjøres, er å skape *fast definerte grupper* av personale. Gjennom lang tids konkret opplevelse må personalet få føle at de tilhører én bestemt gruppe og at de ikke risikerer å bli rokert rundt mer eller mindre tilfeldig. Dette høres banalt, men er fortsatt nødvendig å presisere. Tar man ikke hensyn til dette, kan man spare seg alt snakk om teamarbeide. Her syndes det fremdeles grovt mange steder. Enhver institusjon *må* skape en personalpolitikk som gjør det mulig for hver enkelt helsearbeider å oppleve seg som medlem av

.....

Om personalet risikerer å bli rokert rundt mer eller mindre tilfeldig kan man spare seg alt snakk om teamarbeide.

.....

.....

Hvis man ikke etablerer og følger en ordrestruktur blir resultatet kaos.

.....

en fast arbeidsgruppe.

Neste oppgave blir å definere faste *oppgaver og mål* som skal løses av gruppen. På sykehuset vil det typiske eksempel være selve avdelingsposten: De pasienter som kommer inn på posten utgjør arbeidsoppgaven og ansvarsområdet for dem som arbeider der.

Målsettingen bør gjøres så spesifikk og realistisk som mulig. Gruppen må få reelle oppgaver, med reell adgang til å ta på seg ansvaret for selvstendig løsning. Oppgavene må være mulige å løse i relasjon til gruppens ressurser. Gjennom opplevelsen av virkelig å makte å løse oppgavene får gruppen selvfølelse og selvtillit, med derav følgende øket slagkraft.

Hvis gruppen skal arbeide effektivt, er en skikkelig *ordrestruktur* helt nødvendig. Selv om gruppen skal arbeide mest mulig selvstendig, vil den likevel alltid måtte være underordnet andre funksjoner, og dette må struktureres. Det bør være minst mulig adgang til at enkelte av gruppens medlemmer skal kunne innhente ordrer utenfra. Hvis slike ordrer skal kunne hentes eller gis, må gruppens medlemmer vite klart hvem som kan gi og hvem kan motta dem.

Dette lyder kanskje autoritært, men er det igrunnen ikke. Hvis man ikke etablerer og følger en ordrestruktur, blir resultatet kaos, der relativt utenforstående men formelt overordnede personer kan meddele forvirrende ordrer, ofte basert på dårlig kjennskap til situasjonen, til varierende medlemmer innen gruppen. Muligheten for uheldig manipulasjon og manøvrering blant personalet øker til det mangedobbelte. Effekten på behandlingsmiljøet er ødeleggende.

En forutsetning for effektivt arbeide er adekvat *informasjon*. Det er ikke nok at teamet selv kjenner sin funksjon, andre må også kjenne den. Alle som teamet kommer i kontakt med eller som kan tenkes å ha bruk for teamet må vite hvilke oppgaver teamet har, hvilket ansvar og hvilken makt.

Når er teamet ute på reise? Når kan det treffes? Teamets funksjon må være et godt kjentgjort faktum i det samfunn der det arbeider.

Det indre arbeide

Når de ytre forhold er lagt til rette, kan arbeidet med den indre oppbygging ta til. Gruppen skal bli til et virkelig team, i ånd og gjerning. Den må få sin egen indre struktur, sin indre ordregang, oppgavefordeling og ansvarsdelegering.

Det må settes av fast tid til *kommunikasjon og veiledning*. En del av veiledningen vil omhandle det som har skjedd i fullt team, der alle har vært deltagere i prosessen. Men veiledning må også gis på det arbeide teamets medlemmer utfører individuelt. Nettopp her er det viktig at medlemmet rapporterer tilbake til teamet; den isolerte opplevelse må føyes inn som en del av teamets felles kunnskap og opplevelse.

Her må imidlertid vises måtehold. Ikke alt behøver å rapporteres tilbake. Kommunikasjonen må ikke bli for overveldende og tidrøvende.

Teamets størrelse kan variere. Ved intramuralt arbeide synes en gruppe på 7—8 personer å være mest hensiktsmessig. Teamet er da stort nok til å sikre kontinuitet, man samtidig lite nok til å gi god oversikt og lett kommunikasjon. Blir teamet større, vil det gå bort mye tid til å holde alle medlemmer orientert om hva som skjer, altså til ren interkommunikasjon. — En gruppe på 7—8 kan være stor nok til å ta seg av et lite pasientavsnitt intramuralt, og det kan også ta på seg klart definerte og avgrensede ambulante oppgaver.

Sammensetningen beror dels på personaltilgangen, dels på det arbeide som skal utføres. All den stund psykiatri betyr legelæren om sinnslidelser er det igrunnen selvsagt at psykiateren skal ha en plass i teamet, enten som fullt medlem eller som konsulent. De øvrige fagkategorier kan variere. Et brukbart team som kan ta på seg en kombinert intra- og extramural funksjon kan f.eks. ha en slik sammensetning:

1 lege, kanskje 2. Leger er kostbar arbeidskraft og fremdeles en mangelvare, så foreløpig blir det vel helst med én.

1 psykolog. Det samme kan sies her som for le-

Legens utdanning og prestisje gir mulighet for en bred kontaktflate med omverdenen, og legen vil ofte være den som har best oversikt over hele teamets arbeidsfelt.

gen.

1 sosionom, kanskje 2, avhengig av oppgave og personaltilgang.

1 arbeidsterapeut. Ved overveiende intramuralt arbeid er dette en meget viktig teamdeltaker. I extramuralt arbeid kan det imidlertid være vanskelig å utnytte arbeidsterapeutens ekspertise.

3—7 sykepleiere/hjelpepleiere ("miljøarbeidere"). Denne gruppen utgjør "fotfolket", de bærer den tyngste og største oppgaven i teamet. Ved intramuralt arbeid innser vel alle at det forholder seg slik. Men ennå har vi neppe funnet frem til en riktig bruk av sykepleier/hjelpepleiergruppen i det extramurale arbeid.

Lederen av teamet bør være klart definert. Intramuralt vil ofte en sykepleier tre frem som den naturlige leder, med legen og de andre faggruppene i mer konsultative roller. Extramuralt er legen ofte det riktige valg, særlig hvis teamet er klart medisinsk definert. Legens utdanning og prestisje gir mulighet for en bred kontaktflate med omverdenen, og legen vil ofte være den som har best oversikt over hele teamets arbeidsfelt. Men andre profesjoner kan også ha lederrollen. Generelt bør man kunne si at den best kvalifiserte bør være leder, uansett profesjon.

Vår lovgivning peker imidlertid fortsatt ut legen som den ansvarlige leder. Man bør ikke føle seg urimelig bundet av dette, men på den annen side kan man ikke neglisjere loven heller. Lov om psykisk helsevern slår f.eks. fast legens rolle ved innlegg i psykiatriske sykehus, og dette er noe som legen ikke fullt og helt kan delegere til andre.

I det skisserte team-eksempel samarbeider mennesker med ytterst forskjellig utdanningsnivå. Vi har akademikeren med mangeårig teoretisk skoleing, og vi har pleieren uten annen yrkeskunnskap enn den som selve jobben har gitt ham. Er en slik sammensetning, preget av så stor spredning, funk-

Det foreligger alltid en fare for at man utdanner seg bort fra pasienten.

sjonsdyktig? Jeg mener *ja*. Den er både riktig og realistisk, og den har utpregete fordeler.

Teamet skal møte et stort spektrum av klienter. Teamet må ha faglig ekspertise for å sikre en optimal vurdering av diagnose, behandlingsopplegg og andre tiltak. Men det viktigste blir fortsatt den empatiske nærkontakt, den nære utveksling mellom terapeut og klient. Her vil svært mange være best tjent med å møte et teammedlem som ikke er for akademisk, ikke for utdannet.

Dette er en påstand som alltid er noe farlig å fremsette, men som likevel bør sies: Det foreligger alltid en fare for at man utdanner seg bort fra pasienten. Jo mer sofistikert man blir, jo mer abstrakt i sin tenkning, jo mindre skikket blir man til å kommunisere ganske enkelt med ganske alminnelige mennesker. Dette er ingen teoretisk risiko, men et konkret faktum som til enhver tid øver avgjørende innflytelse på fordelingen av samfunnets tilgjengelige psykoterapeutiske ressurser. — Er man oppmerksom på faren for en slik skjevutvikling, kan den kanskje holdes i sjakk eller motvirkes. Men likefullt tror jeg det er fornuftig og sunt at teamet i sin sammensetning avspeiler det samfunn det betjener.

I et slikt heterogent team vil lederen lett bli en bestemmende figur, i kraft av sin utdanning og erfaring. Han kan lett bli teamets diktator. I så fall slutter teamet å fungere som team. Lederen må altså sørge for at han ikke blir for dominerende. Han skal være ordstyrer og megler, han skal fordele oppgaver, og han vil få ansvaret for kontakten med andre team. Men han må alltid være klar over forskjellen mellom begrepene teamleder og sjef.

Lederen må alltid være klar over forskjellen mellom begrepene teamleder og sjef.

Team-opplevelsen: fra medlemssiden

I alt vesentlig må det visst være en positiv opplevelse å være med i et psykiatrisk team. Stadig flere psykiatriske institusjoner organiserer sin stab i team, og personalet deltar (med visse unntak) meget villig i prosessen. Det må altså være noe tillokkende i teamarbeidet.

På *utgiftssiden* kan nevnes: Det reises krav til selvdisiplin og hensyntagen til andre, vilje til innordning og selvransakelse, tålmod og lydhørhet. Enkelte opplever dette som en vingestekking, man får ikke utfolde seg slik som når man opererte alene.

På *inntektssiden* kommer mange klare fordeler: Man er ikke alene, man tilhører noe. Denne varme trygghetsfølelsen er vel den viktigste grunnen til at teamarbeide har slik appell. Det er godt å få støtte og veiledning, hjelp til læring og avlæring. Man blir hjulpet ut av spesielle særheter gjennom vennlige påpekninger, som oftest gitt på en varm og trygg måte.

Gevinstene varierer for de forskjellige teammedlemmer. Forskjellen mellom det "menige" teammedlem og lederen er i så måte av nesten prinsipiell karakter:

Det "menige" teammedlem kan få sin egen opplevelse av rolle og arbeide endret ganske vesentlig, i gunstig retning. Tidligere utførte han gitte ordre, ofte uten informasjon om hvorfor og uten opplevelese av eget ansvar for resultatet. Nå opplever han seg som ansvarlig og informert medarbeider. Han må selv tenke aktivt og komme med utspill, selv være med på å dele gleden der det går godt, og omvendt.

Den som har opplevet forvandlingen av et autoritært psykiatrisk behandlingsavsnitt til et avsnitt der alt personale arbeider i team, vil erkjenne verdien i denne endrete rolleopplevelse. Her ligger hovedbegrunnelsen til at man bør stimulere til fortsatt utvikling av teamarbeidet i psykiatriske institusjoner. Forvandlingen av en stor gruppe "ansatte" til en like stor gruppe ansvarlige og aktive medarbeidere rommer en *meget* stor terapeutisk gevinst.

Lederens opplevelse er en helt annen. Fra en

ofte nokså kald og ensom posisjon blir han trukket inn i en varm og trygg gruppesammenheng. Faren ved dette er at det lett kan bli noe vel hyggelig. Man har det så trivelig og godt sammen at man viker unna for å si det som er ubehagelig, selv når dette bør og må sies.

Team-opplevelsen: fra klientsiden

En pasient kan oppleve klare fordeler ved å bli behandlet i et miljø preget av teamarbeide, istedetfor å møte individuelle helsearbeidere. Han kan også oppleve klare ulemper. La oss ta fordelene først.

Et godt fungerende team skal gi større muligheter før allsidig evaluering og hjelp. Klienten møter en bredere innsikt og kunnskap, og den tilbudte hjelp skal dekke hele spektret av medisinske, sosiale og psykologiske faktorer.

Teamet bør kunne gi en større garanti for tilstrekkelig langvarig og pålitelig hjelp. Enkelte teammedlemmer slutter, men teamet består og kontakten bæres videre. Dette oppleves derfor ikke som den ødeleggende begivenhet som tilfellet kan være når en isolert individualekontakt blir avbrutt. — For mange psykiatriske pasienter kan selve den psykiatriske sykehuspost fungere som en slik formidler av trygghet og tilhørighet.

Dersom det er behov for hjelp til en hel familie, vil teamet også fremtre som en fordelaktig servicemodell, sett fra klientens side.

Hvilke ulemper synes klientene er mest fremtredende?

I første rekke kommer faren for uttynning eller *neglisjering* av den individuelle nærkontakt. Mange pasienter føler et klart behov for dette, og la oss i all ærlighet inrømme at dette ofte er et reelt behov som bør dekkes.

Teamet får imidlertid ofte en tendens til bare å ville arbeide i team, i alle fall går svært mye tid med til dette. Det utvikles også lett en terapeutisk

~~~~~  
*Det utvikles også lett en terapeutisk filosofi som understreker verdien av gruppesamværet, mens den individuelle nærkontakt nedvurderes.*  
~~~~~

.....
I fremtiden vil teamet også kunne bli et gunstig redskap for visse typer forskning.
.....

filosofi som understreker verdien av gruppesamværet, mens den individuelle nærkontakt nedvurderes. Alle som har jobbet noen tid i team kjenner til de konflikter som kan oppstå omkring dette problem.

Mange klienter opplever teambeidsmodellen som *ineffektiv*. Så mye tid brukes til informasjon av teammedlemmene innbyrdes at det blir for lite tid igjen til klientarbeide. Å arbeide i team kan være så "deilig" at man hengir seg til det med litt for stor glød. Det er lett å raljere over dette. Men det er slett ikke bare raljering, det er en stor risiko som teamet alltid må være på vakt overfor.

Klienten kan også oppleve en sjenerende *rolleutvisking* i teamet. Alle gjør det samme uten hensyn til opplæring og kompetanse. — Til en viss grad er dette begrunnet i vårt fags egenart. Vi arbeider alle i samme felt, og mye av det vi gjør er likt, enten vi er lege, sosionom eller hjelpepleier. Men fortsatt er det visse ting som *jeg* kan, andre ting som *andre* kan, osv. Det er av største viktighet at de enkelte teammedlemmer sørger for å opprettholde sin profesjonalitet.

Teamarbeidets status presens

Utviklingen i retning av stadig mer teamarbeide innen psykiatrien har generelt gitt et positivt resultat. Takket være denne omleggingen kan idag langt fler medarbeidere yte en terapeutisk innsats. Svært meget av de best utdannedes tid går idag riktignok med til veiledning av teammedarbeidere. Men i sin alminnelighet anser jeg dette for å

være vel anvendt tid, så sant det hele skjer med fornuft og måtehold.

Hittil har de psykiatriske team mest arbeidet rent klinisk, rett på pasientsentrerte oppgaver. Det er nå behov for en mer inngående bevisstgjøring og klargjøring: Hva gjør vi, og hva bør vi gjøre? Hva er klientens behov, og hva er samfunnets? En slik prosess vil sikkert medføre en viss nedskjæring av arbeidsfeltet, gjennom kansellering eller overføring til andre. Kanskje vil den også føre til at vi tar på oss oppgaver vi hittil har veket tilbake fra.

I fremtiden vil teamet også kunne bli et gunstig redskap for visse typer forskning. Innen psykiatrien krever forskningen ofte en mangesidig tilnærming som egentlig fordrer et helt team. En aktuell arbeidsmodell vil bli aksjonsforskningen: Teamet setter seg som oppgave å iverksette bestemte tiltak innenfor et nærmere definert samfunn og forsøker samtidig å utforske virkningen av tiltakene.

Samtidig må det også stadig foregå en inadrettet forskning: Hvordan foregår samarbeidet? Hvordan påvirker teamprosessene medlemmet? Hvis det oppstår undergrupper, hvordan virker de og hvordan blir de behandlet? Hvordan oppstår antagonisme mellom teammedlemmer, hvordan virker den inn på teamets arbeidsmåte og effektivitet, og hvordan blir problemet håndtert?

Vi bør også ha den selvtillit at vi våger å stille spørsmålet: Hva kan erfaringene fra psykiatrisk teamarbeide fortelle som kan gi implikasjoner for andre typer arbeide? På dette område har psykiatrien vært en foregangsdisiplin, ihvertfall innen medisinen. Arbeidet har medført oppmykning av gamle arbeidsmåter og innføring av nye strukturer. Etterhvert vil våre erfaringer kunne komme hele det medisinske arbeidsfelt til gode, både i form av økt effektivitet og av økt menneskelighet.