

Teamarbeide – erfaringer og synspunkter

Anne-Lise Sverdrup Svendsen

Jag har svært att se hur en modern psykiatrisk institution kan arbeta effektivt och med den nödvändiga arbetsglädjen utan teamarbete konstaterar Anne-Lise Sverdrup Svendsen, socialkonsulent vid Opdöl sjukhus ved Molde i Norge.

I artikeln behandlas särskilt socialarbetsrens uppgifter i det psykiatriska teamet. Samtidigt granskas nödvändiga betingelser för ett effektivt teamarbete. Vidare risker med ett urartat teamarbete — tex ändlösa konferenser, benägenheten utnyttja fler experter än klienten har bruk för o s v.

Anne Lise Svendsen pekar också på att olika yrkesgruppers bidrag inte endast är en produkt av olika utbildning och kunskaper. Av betydelse är också olika stilarter som kan bestämma bla rekryteringen till yrket. Läkarna är personer som är benägna att ta ansvar, kuratorer benägna att vara accepterande och lyssnande, psykologerna har en mer analyserande och intellektuell hållning.

Artikeln baseras på ett föredrag som tillsammans med Ole Herman Robaks bidrag till detta nummer utgjort en av grundstenarna till en serie av konferenser om psykiatrisk teamarbete i Norge och Sverige.

Når en leser stillingsannonser, støter en ofte på uttrykket "teamarbeide" i beskrivelsen av arbeidsstedet. Dels representerer dette et forsøk på å beskrive en samarbeidsform innen institusjonen, dels er det en form for lokkemat. En frister med noe som er in for tiden, noe som er comme il faut, noe som tilsynelatende er blitt selvfølgelig i den psykiatriske institusjon. Det er derfor viktig at man tar fenomenet opp til vurdering og til kritikk. Å arbeide i team er noe som de fleste er enig om er riktig og viktig. Det er så riktig og så viktig

at det er langt på vei til å få status som hellig ku, på linje med f eks begrepet miljøterapi. Begge begrep står høyt på verdiskalaen, men den praktiske realisering står noe uklart for de fleste.

Noen vil mene at et psykiatrisk team oppstår når representanter for forskjellige yrkesgrupper, som f eks sykepleier, lege, psykolog og kurator, befinner seg innen samme institusjon og mer eller mindre arbeider med de samme klienter. Det er en definisjon som er grei nok og i alle fall ikke tilslører det faktum at teamarbeide i psykiatrien bla dreier seg om den ting at to eller flere profesjoner skal arbeide under samme tak og med samme målsetting og med de samme klienter. Det er også en definisjon som ikke er belemt med den aura av noe mystisk, opphøyet og hellig som begrepet av og til belastes med. En viss nøkternhet bør i så måte utvises. På den annen side er det ikke uten grunn at begrepet teamarbeide har fått en slik positiv valør. Dette henger sammen med at en har fått øynene opp for at det kan være riktig og hensiktsmessig å myke opp den tradisjonelle autoritære og hierarkiske institusjonsoppbygning og ordregivning. Videre at dette har skjedd samtidig med at unge og ikke-medisinske yrkesgrupper har kommet inn i psykiatrien. Disse har så utvilsomt mange ganger trampet i klaveret, fordi de på godt og vondt ikke har vært oppdratt innenfor det tradisjonelle sykehus-system, som leger og sykepleiere. Tilsammen har alt dette bidratt til omveltninger og demokratisering av arbeidet innenfor det psykiatriske sykehus. Smertefritt har det ikke vært, og strømlinjet har det ikke blitt. Likevel: uttrykket psykiatrisk teamarbeide *kan* fortjene noe av den positive valør det har fått, men da må det innebære noe mere enn det fenomen at representanter for to eller flere yrkesgrupper arbeider sammen.

Teamets arbeidsmåte og funksjoner

Etter min oppfatning er det bl a helt avgjørende at de forskjellige yrkesrepresentanter tilstreber å samarbeide på et prinsipielt jevnbyrdig nivå. Om en alltid lykkes i dette, er ikke det viktigste, poenget er at man relativt helhjertet forsøker. Et uttrykk for slikt teamarbeide er at viktige beslutninger som har stor betydning for de andre i teamet, taes av teamet og ikke av en enkelt. I mange institusjoner — ikke alle — vil spørsmålet om inntak av nye klienter være et eksempel på slike beslutninger. En annen ting er selvsagt at teamet kan bli enig om å delegere slik myndighet til en enkelt i teamet. Det kan godt gjøres, og bør gjøres av og til, ellers vil teamet bli en hemske.

Teamarbeide krever imidlertid ikke bare en noenlunde demokratisk orientering innen teamet. En forutsetning er også at institusjonens arbeidsmåle som helhet er basert på teamarbeide. Hvis institusjonen er slik organisert at beslutningsmyndigheten egentlig ligger i andre fora, f eks ved en legevisitt, blir teamarbeidet bare skuebrød. Det blir et fiktivt, utenpåklistet teamarbeide, til frustrasjon for teammedlemmene, og til irritasjon for den som har avgjørelsesmyndigheten.

Jeg kan vanskelig se hvordan en moderne psykiatrisk institusjon kan arbeide effektivt og med den nødvendige arbeidsglede uten teamarbeide. Men det er mange skjær i sjøn, også på de institusjoner hvor teamarbeidet står høyt i kurs. Et av de skjær man kan strande på, er at arbeidsformen av og til tenderer mot å bli et mål i seg selv — med endeløse teamkonferanser som et resultat, eller den enkelte blir for bundet av teamet. Av angst for ikke å være demokratisk og ta hensyn til andres vurderinger, tør en ikke ta selvstendige avgjørelser, og en arbeider ineffektivt og urasjonelt. Respekten for teamtanken fører også enkelte steder til et overforbruk av teamet, ved at man setter

Et uttrykk for slikt teamarbeide er at viktige beslutninger som har stor betydning for de andre i teamet, taes av teamet og ikke av en enkelt.

Det psykiatriske team kan grovt sett sies å ha to funksjoner: en administrativ funksjon og en terapeutisk funksjon, ofte med vesentlig vekt på bare en av funksjonene.

inn flere typer ekspertise enn klienten egentlig har behov for. Dette gjelder i institusjoner hvor det er rikelig tilgang til ekspertise. (I institusjoner som er dårlig utstyrt med fagfolk har man ofte for lite faglig fantasi til å benytte sig av dem man har.)

En fare ved teamarbeide er således at det har lett for å låse seg fast i en tilstivnet team-prosedyre. Man har oppmerksomheten mere henvendt på det team man arbeider i, enn de klienter man skal gi service til. En avveining av slike hensyn må hele tiden finne sted.

Det psykiatriske team kan grovt sett sies å ha to funksjoner: en administrativ funksjon og en terapeutisk funksjon, ofte med vesentlig vekt på bare en av funksjonene. I enkelte institusjoner, hvor teamet vesentlig har terapeutiske oppgaver og hvor team-tankens har høy status, kan man av og til iakttatte det fenomen at det investeres mere engasjement, tid og energi i samarbeidet enn hensynet til klienten egentlig tilsier. Det er selvsagt nødvendig at store personlige motsetninger, spenninger og rivaliseringsforhold ryddes av veien. Men dermed er det ikke sagt at klientens tarv ikke kan ivaretas selv om slike problemer eksisterer. Enkelte team tenderer mot å bli terapigrupper og kan således sies å ha overskredet sin funksjonsgrense. Man bør alltid ha klart for seg hva som er minimumsomkostninger og holde seg til dette. Hvis ikke, kan man risikere at teamet blir så å si selvforsynt, dvs at det kan klare seg uten klienter, for å sette det på spissen.

På den annen side skal man ikke helt underkjenne verdien av tidkrevende team-prosedyrer. Jo mindre faglig erfaring en har (desverre også erfaring i samarbeide), desto større behov har en for teamet. Når en har jobbet i team noen år, har en ikke bare lært av egne erfaringer, en har også lært av andre yrkesgrupper og annektert deler av deres kunnskap. Det er som kjent dette Gerald Caplan

sikter til når han snakker om å være "beyond the team". Langvarig, grundig team-erfaring kan gjøre den enkelte i stand til senere å stå selvstendig på et bredere faglig grunnlag, dvs befinne seg "beyond the team", samtidig som en vil ha lettere for å kunne bruke andres ekspertise når en trenger slik assistanse.

Kompetansestridigheter

Ineffektivitet er nevnt som et av de problemer en kan slite med. Et annet problem som ofte gjør seg gjeldende i de psykiatriske team, er kompetansestridigheter. Av og til er en så høytidelig idealistisk at det strider mot takt og god tone å nevne dette fenomen, men de fleste har opplevd det. De som ikke vil erkjenne problemet, synes å operere med en team-modell som er helt illusorisk, nemlig den forestilling at det psykiatriske team er satt sammen av ulike yrkesgrupper som ut fra forskjellig faglig kompetanse skal kaste lys over hvert sitt aspekt av et problemkompleks. At det dreier seg om sammensatte problemer kan en saktens være enige i, men tanken om helt forskjellig kompetanse er et bedrag. Selvsagt sitter vi inne med forskjellige kunnskaper alt etter hvilken utdanning vi har. Men for det første har vi høstet en del kunnskaper og faglig orientering som er nokså lik. For det annet vil generell arbeidserfaring, tidligere teamsamarbeide, spesielle interesser, livserfaring og tusen andre mer eller mindre tilfeldige ting tilsi at en ved siden av den erfaring som er spesifikk for ens egen yrkesgruppe, også har kunnskaper, erfaringer og innsikt en deler med andre. Dette vil igjen si at grensene mellom yrkesgruppene blir meget flytende, til forundring for utenforstående og til frustrasjon for oss selv. Alle sosionomer kjenner det tradisjonelle spørsmål: "Men er det ikke økonomiske problemer og slikt du skal stelle med da?" Likeledes kjenner mange psykologer spørsmålet "Er det ikke testing du skal drive

Dette vil igjen si at grensene mellom yrkesgruppene blir meget flytende, til forundring for utenforstående og til frustrasjon for oss selv.

Og legene har erfaring fra at andre yrkesgrupper ønsker å manipulere dem inn i den tradisjonelle somatiker-rollen.

med da?" Og legene har erfaring fra at andre yrkesgrupper ønsker å manipulere dem inn i den tradisjonelle somatiker-rollen. Underforstått bak disse spørsmålene ligger: "Hvorfor beveger du deg innenfor mitt felt?"

Et annet tradisjonelt utslag av kompetansestriden som jeg tror de fleste sosionomer har opplevd, er legen eller psykologen som spør: "Si meg, hva lærer man egentlig på sosialskolen?" I de fleste tilfelle er det egentlig intet spørsmål, men et uttrykk for tvil om sosialarbeiderens teoretiske kvalifikasjoner m h t klientarbeide. Dessuten er det ofte et uttrykk for uvitenhet og stereotyp oppfatning av hva en sosionom er utdannet for. Dette tilsynelatende spørsmål fører imidlertid regelmessig til at sosialarbeideren stiller seg i forsvarsposisjon og mer eller mindre vellykket forsøker å redegjøre for saken. En prøver f eks å dokumentere sine teoretiske kunnskaper. Selvsagt får da spørgeren bekreftet nettopp det han eller hun er ute etter, nemlig sin teoretiske overlegenhet på det som er spørgerens spesialfelt. Denne typen diskusjon er et utslag av et akademikerkompleks som enkelte har og som vi deler med enkelte sykepleiere. Vi bør slutte å gå på slike limpinner. Det er opplagt at vi på mange områder ikke sitter inne med den samme teoretiske innsikt. Spørsmålet er heller, hvilket bidrag representerer vi i teamet? Jeg mener at vi bør stå nært klienten i hans praktiske livssituasjon, vite noe om de livsvilkår han har og hvordan disse livsvilkår har oppstått, vedlikeholdes og evt kan endres. Men vår innbitte forargelse over å bli dyttet inn i en pensjonstekniker-rolle og våre vansker med å artikulere vår protest, skaper ofte feilaktige oppfatninger om våre egentlige hensikter. Det er min absolutte oppfatning at blant annet praktiske sosiale problemer er vårt område, og at disse problemer må taes opp samtidig som en tar opp de emosjonelle faktorer som er knyttet til dem. Et nøkkelord er

"psykososial" med vekt på både psyko og sosial. Hvor vidt mere praktiske eller mere mellommen-neskelige problemer skal være utgangspunkt for vårt arbeide, vil institusjonens målsetting og klientellets art bestemme. Den form for kunnskaper og teknikker som sosionomene representerer, er ofte godt egnet for — og nødvendige for — store grupper av det psykiatriske klientell. Jeg tenker her bl a på lavstatus-klienter. Men det er også store grupper hvor andre terapeutiske tilnær-tingsmetoder er de nødvendigste, og som repre-senteres av andre yrkeskategorier.

Sosionomenes faglige bidrag — to ytter-gruppers synspunkter

Det kan blant sosionomene være divergerende syn på hva som er deres faglige bidrag til teamet. Grovt sett kan man si det finnes to yttergrupper som i sin forskjellige utforming illustrerer en viss tvil som sosionomenes identitet. Den ene gruppen kan kalles pensjons-teknikerne. Det er de sosiono-mer som blir anvist del-oppgaver, uten selv å få delta i en vurdering av klientens situasjon og be-hov. De forventes — gjerne etter oppfordring av en lege — å skaffe arbeide, skaffe bolig, fylle ut skjemaer, men forventes ikke å komme med noe terapeutisk bidrag utover dette. De sosionomer som innehar denne rollen, gjør det ofte ten-nerskjærende og motvillig.

Den andre gruppen er de som for noen år siden kunne sies å være forankret i en psykoanalytisk tradisjon. I dag er de så å si troende familietera-peuter som med varme refererer til profetene på området og som ser familieterapi som botemidlet for det aller meste av den psykiatriske elendighet. For å gjøre mitt standpunkt helt klart, så tar jeg avstand fra begge ytterligheter. Begge ytterligheter representerer sløsning med personell-ressurser. Begge roller kan sies å være eksklusive og som så-dan ekskluderende i forhold til enkelte, og kanskje store klientgrupper. Sosionomens oppgave er å se klienten i den praktiske livssituasjon han befinner seg i, og å forsøke å rette opp denne, eller deler av den, enten det er f eks økonomiske problemer det dreier seg om, eller samlivsproblemer, eller sam-spillet mellom slike faktorer. Det er sløsning av

~~~~~  
*Sosionomens oppgave er å se klienten i den praktiske livssituasjon han befinner seg i, og å forsøke å rette opp denne, eller deler av den.*  
~~~~~

faglig arbeidskraft at vi ikke blir brukt eller bruker oss selv over hele denne skalaen.

Felles arbeidsfelt

Tilbake til de uklare grenser mellom yrkesgrup-pene: Særlig når en er ung og uerfaren og usikker, og ennå ikke har arbeidet så lenge at en har opplevd at en kan få noe til, så har man et ekstra stort behov for å få vite og få bevist at en står for en bestemt faglig kompetanse. Eldre yrkeskolleger som en kan identifisere seg med, blir i så måte en støtte. Andre yrkesgrupper som åpenbart har en annen utdanningsbakgrunn, men som til forveks-ling kan ligne en selv i sin yrkesutøvelse, blir der-imot en trussel (hot). En føler at vedkommende urettmessig trenger seg inn på det område en så smertelig strever med å annektere som sitt. Dette er like ille for alle yrkesgrupper. Vi har alle en tendens til å forarges over at andre har den frekk-het å ligne på oss. For ikke å misforstås vil jeg un-derstreke at selvsagt har hver enkelt yrkesgruppe spesielle kunnskaper og ferdigheter som er spe-sielle for gruppen, selvsagt har vi det, og selvsagt bør vi ha det. Jeg tror også at enkelte bør tilstrebe å utvide og perfektionere slike spesialfelter mere enn vi gjør. Men i tillegg har vi også et stort felt som er felles. Dette kan vi gjerne beklage, men vi må bare se i øynene at vi er helt nødt til å leve med det.

Et annet moment i denne forbindelse er at det varierer noe fra tid til annen hva som er særlig aktuelle felter å dele, etter som hvilke ideologier og faglige strømninger gjør seg gjeldende i ti-

~~~~~  
*Likaledes har sykepleierne begynt å få en langt større interesse for oppgaver som lenge har vært kuratorenes tradisjonelle arbeidsfelt, f eks hjemmebesøk.*  
~~~~~

den. F eks har jeg i løpet av de senere år kunnet iakttatt hvordan en del psykologer som tidligere har vært nokså individelterapeutisk orientert, har engasjert seg i praktiske spørsmål og tiltak og bli i større grad satt seg inn i hvordan samfunnet fungerer. Dette skyldes økt interesse for å se individet i forhold til sitt nærmiljø. Likeledes har sykepleierne begynt å få en langt større interesse for oppgaver som lenge har vært kuratorenes tradisjonelle arbeidsfelt, f eks hjemmebesøk. Og selvsagt er det mange arbeidsoppgaver som på et irrasjonelt grunnlag har vært tradisjonsmessig bundet til bestemte yrkesgrupper. Det som i hvert enkelt tilfelle må være spørsmålet, må være hvordan en oppgave mest fornuftig kan løses under hensyntagen til på hvilken måte en både på kortere og lengre sikt best utnytter de ressurser en har i teamet.

Forskjellige stilarter

De ulike yrkesgruppers særpreg er imidlertid ikke bare et resultat av forskjeller i utdannelses- og kunnskapsbakgrunn, men også av forskjellige stilarter innen yrkene. Og noe mere enn rene kunnskaper er med på å bestemme vår stilart. Gamle tradisjoner, egne og andres forventninger til rollen og rekrutteringen til yrket er viktige faktorer. F eks vil legen som kjent være den innen teamet som er mest tilbøyelig til å gå inn i leder-roller, ta avgjørelser, bære ansvar, kort sagt, gå inn i foreldre- og autoritetsroller. Dette gjelder både vis a vis klienten og vis a vis teamet. Kuratorene er mer tilbøyelig til og oppdratt til å være "den snille". Det er ikke for ingen ting at uttrykket "en aksepterende, lyttende holding" er en frase man inntil lede er blitt innpodet med på sosialskolene. Psykologene synes mindre enn både leger og sosionomer å være belastet med forestillingen om å skulle hjelpe for enhver pris og har muligens en mere intellektuell, analyserende holdning. Sosionomer og sykepleiere vil sannsynligvis ha mye felles i stilart ut fra to faktorer, nemlig at begge yrker har en filantropisk bakgrunn og at begge yrkesgrupper har et sterkt kvinnelig innslag.

Det kan diskuteres om mine eksempler er riktige, men jeg tror at det kan være enighet om at

Legene klager: "Det er nå egentlig vi som sitter med ansvaret da." Sykepleierne klager: "Det er nå egentlig vi som gjør arbeidet da." Psykologene sier: "Det er nå egentlig vi som skjønner hva som foregår da." Og hva sier så sosionomene? Kanskje vi sier at "det er nå egentlig vi som forstår pasientene best da."

forskjeller i stilart eksisterer. Dette er et fenomen som kan føre till kollisjoner i teamarbeide og til gjensidig kritikk. F eks er det mitt inntrykk at kuratorene ofte sees på som altfor snille (i betydningen dumsnille). Jeg mener det ligger både styrker og svakheter i stilartene. Av og til uttrykkes de gjennom klagesanger, og for å være litt firkantert kan jeg antyde hva jeg opplever er noen typiske klagesanger:

Legene klager: "Det er nå egentlig vi som sitter med ansvaret da." Sykepleierne klager: "Det er nå egentlig vi som gjør arbeidet da." Psykologene sier: "Det er nå egentlig vi som skjønner hva som foregår da." Og hva sier så sosionomene? Kanskje vi sier at "det er nå egentlig vi som forstår pasientene best da."

Betydningen av alder og kjønn

To faktorer jeg gjerne vil nevne som også har betydning for den enkeltes funksjon og rolle i teamet, i tillegg til det jeg allerede har nevnt, er alder og kjønn. Når det gjelder sosionomene, så representerer vi en forholdsvis ny gruppe, og en gruppe hvor kvinner er i flertall, ikke minst innenfor helsetesenet. Dette vil si at sosionomene i det psykiatriske team svært ofte har vært nokså unge kvinner. I enkelte eldre teammedarbeideres øyne har de knapt nok vært det, de har vært unge piker. Det har vært borgerskapets relativt veloppdagne døtre med moderat opprørske ideer som blant annet har skullet samarbeide med til dels noe eldre menn, som både av rasjonelle og irrasjonelle grunner har hatt lett for å definere seg selv som teamledere. Det som imidlertid en tid har vært i ferd med å skje, er at disse unge piker etter hvert har blitt voksne kvinner.

Dertil har de siste unge menn begynt å komme inn i bildet. Dette er en utvikling som er i gang og som for sosionomenes vedkommende vil bidra til en mer aktiv rolle i teamet og med større evne, vilje til og ønske om ansvar enn tidligere.

I debatten om kompetanse, makt og ansvar i teamet, har for lite oppmerksomhet vært rettet mot alders- og kjønnsfaktorer. Kanskje ut fra et redelig motiv om saklighet har en vesentlig rettet oppmerksomheten mot utdannelses-bakgrunnen, men samtidig har disse faktorer på mer irrasjonell basis spilt en langt større rolle enn en har vært klar over.

Meget er nå sagt om teamarbeidets fallgruber. Hva er så av positivt å anføre utover det som innledningsvis er nevnt?

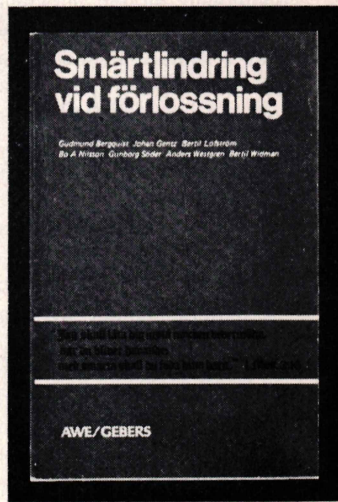
Av erfaring vet jeg at teamarbeide kan gi en

helt spesiell mulighet for læring. For det første kan en lære gjennom direkte overføring av kunnskaper fra de andre. For det annet kan teamet — hvis den tilstrekkelige grad av trygghet er der — være et forum hvor en kan rådføre seg, få støtte, kritikk og veiledning. Men betingelsen for dette er at klimaet i teamet gjør det mulig å eksponere usikkerhet. Med andre ord: det må være generelt akseptert og opplevd av alle at det er en selvsagt ting at man ofte kommer til kort og av og til ikke vet sin arme råd. Hvis den enkelte kan akseptere tilkortkommenhet både hos seg selv og andre, og også både se og ta i bruk faglige og menneskelige kvaliteter hos seg selv og andre — da har teamet sin berettigelse som en forum for faglig utvikling og læring.

Högaktuella och efter- längtade böcker



Ca-pris 38:—



Ca-pris 21:—

AWE/GEBERS