

Teams, tests og tværprofessionelle relationer – arbejdet i psykiatrien i forandring

Annette Kamp & Betina Dybbroe

Tværfagligt teamarbejde er en praksis, hvor forskellige fagligheder bidrager til at skabe viden, enten ved at supplere hinanden eller ved at arbejde på tværs af forskellige forståelser og skabe nye typer viden. Samtidig er det en proces, hvor fagidentitet og mening er i spil og under forhandling. I denne artikel sættes fokus på de ofte ambivalente og konfliktfulde aspekter af dette samarbejde. Udgangspunktet er psykiatrien, der som andre områder indenfor sundhedssektoren præges af moderniserings- og rationaliseringsprocesser, som blandt andet indebærer et stigende fokus på gennemsigtighed, kontrollerbarhed og evidensbaseret viden. I Artiklen undersøges, hvordan den stigende anvendelse af psykiatriske tests – der kan ses som en mediering af disse moderniseringstendenser - er med til at udfordre og forandre vidensidealer, og dermed også grundlaget for det tværprofessionelle samarbejde.

Indledning

Arbejdet i psykiatrien har igennem mange år været udført i et samarbejde mellem medicinske, socialfaglige, pædagogiske og psykologfaglige faggrupper (Bengtsson 2011). Selvom de arbejdsformer dette udfoldes igennem har været meget forskellige, har tværfaglighed været et ideal for arbejdet i psykiatrien og accepteret som udgangspunktet for 'den gode psykiatriske praksis'. "Arbejdsformen i psykiatrien er traditionelt tvær- og flerfaglig", konstateres det gang på gang i udredninger, beskrivelser og planer for psykiatrien, her med citat fra Sundhedsstyrelsens nationale strategi for psykiatrien (2009:9).

Imidlertid er psykiatrifeltet under voldsom forandring. Først og fremmest sker

der en forandring i vidensidealer; en forandring, som spejler nye forståelser af psykisk sygdom. Den dominerende diskurs i dag er, at det er tilknytningen til det biomedicinske vidensfelt, som sikrer kvalitet i indsats og bedring for patienten. Det kan blandt andet aflæses af diskussionen om sektorens fremtidige udvikling, repræsenteret i handleplaner og kvalitetsudredninger, hvor bedre kvalitet og mere effektiv og ensartet behandling er målsætninger (se fx Danske regioner 2011). Dette sker i samspil med introduktionen af nye styrings- og organiseringsformer impliceret af New Public Management, som har fokus på kvalitet og effektivitet (Busch 2011; Kamp & Dybbroe 2013).

I denne artikel vil vi undersøge, hvordan nye vidensidealer vinder indpas i det tværfaglige arbejde, med henblik på at belyse, hvordan de får betydning for faglighed, organisering, positioner og sociale relationer i samarbejdet.

Vi tager udgangspunkt i en forståelse af, at tværfaglighed er et flertydigt begreb. Idealer om tværfaglighed referer altid til specifikke felter og en specifik organisering af arbejdet, og disse ideer er kulturelt indlejret og dynamiske. Der kan være tale om idealer om integration af viden og metoder baseret på ligeværdigt samarbejde, eller på hierarkisk arbejdsdeling mellem forskellige discipliner. Men tværprofessionelt arbejde kan også bygge på idealer om at overskride og udfordre grundantagelser i arbejdet, og dermed fordre tæt samarbejde både om problemforståelse og løsninger (Barry 2007). Det er derfor centralt at se på, hvilke typer af viden som privilegeres i et tværfagligt samarbejde. Hvis vi skal forstå det tværfaglige teamarbejde som rammen om videnskabelse og konstruktion af mening og identitet i arbejdet, må vi derfor tage udgangspunkt i, at de sociale relationer også er magtrelationer, som bestandigt er på spil og er under forhandling.

Dette er selvsagt relevant i et felt som psykiatrien, hvor hierarkiserede relationer mellem forskellige faggrupper, fx læger/sygeplejersker og socialarbejdere, er blevet institutionaliseret og har sat deres præg på organisation og ledelse siden 1930'erne (Ryan 1996). De senere års udvikling indenfor sundhedssektoren, præget af neoliberal kritik af overforbrug af ressourcer og manglende fokus på patienten, har medvirket til at delegitimere sundhedsprofessionernes autoritet (Hjort 2005; Brante 2005). Som nordisk professionsforskning har peget på, er effekten af dette modsætningsfuld. På den ene side er der en tendens til, at de professionelle får større fokus på grænserne

mellem professionernes arbejde og faglighed, og dermed bliver de mere optagede af monofagligt definerede fremfor problemorienterede tilgange. Disse tendenser følges af en større optagethed af fagenes etos og berettigelse, både i uddannelser og praksis, og man vender sig mod de centrale historiske mono-professionelle narrativer for at kunne rekonstruere dem i lyset af moderniseringen (Dybbroe 2008; Edwards 2011). På den anden side er der en stigende orientering mod tværprofessionel læring og uddannelse og et nyt organisatorisk fokus på teams (Dahl 2005; Wrede m.fl. 2008). Dette gælder også i psykiatrien.

En af de måder, hvorpå de nye videns- og styringsidealer i praksis formidles og tilvejebringes på, er ved introduktionen af forskellige teknikker og metoder i arbejdet med at udrede og behandle psykiatriske patienter. Især har der i de senere år været en stigende anvendelse af psykiatriske tests. Sådanne tests har altid haft en plads som redskab i diagnosticering, men anvendes i stigende grad på en måde, hvor de bliver udgangspunktet for arbejdet, dvs. det hovedprincip, som arbejdet organiseres omkring. Dernæst bliver tests til centrale måder at tilvejebringe viden på: om patienter, om sygdomme og om bedring, idet de bekræfter deres eget kategoriserede og standardiserede udgangspunkt. De kan opfattes som et nyttigt arbejdsredskab. Men den konkrete måde, hvorpå de bringes ind i det tværfaglige psykiatriske arbejde, får vidtrækkende konsekvenser for arbejdets mening og indhold, og de implicerer ændret organisering og arbejdsdeling mellem forskellige grupper.

I artiklen er der særligt fokus på, hvordan testteknologier bliver omdrejningspunktet for det tværfagligt teamarbejde og er med til at udfordre og forandre vidensidealer, og dermed også grundlaget for det tværprofessionelle samarbejde. Den er baseret

på et feltstudie af arbejdet indenfor børnepsykiatrien, hvor teamorganisering især er udbredt som organisering af tværfagligt samarbejdet. Her undersøger vi, hvordan testteknologierne forandrer arbejdsdelingen og de indbyrdes relationer og status. Og vi viser, hvordan dette forhandles og omkæmpes i det sociale felt - i processer, hvor faglig identitet og mening i arbejdet er på spil.

Artiklen indledes med et baggrundsafsnit om, hvordan de psykiatriske tests historisk indgår i udviklingen af psykiatrien som en metode til at frembringe viden og som en særlig kerne i udvikling af professioner og professionel identitet. Vi sætter her fokus på den rolle de psykiatriske tests spiller i en reorientering af vidensidealer og i den moderne styring mod effektivitet og kvalitet. Derefter redegør vi for den teoretiske ramme, hvor teknologi- og professionssociologiske forståelser bringes sammen i udviklingen af et analytisk fokus. Efter en redegørelse for vores metodiske tilgang bringes denne ramme i spil i en analyse af, hvordan psykiatriske tests medvirker til at ændre vidensidealer, rekonfigurerer hierarkiske positioner, forandrer arbejdsdeling, mening og identitet i arbejdet samt ændrer samarbejdsformer i teamet.

Testteknologier i psykiatrien

Psykiatriske tests bliver som nævnt i stigende grad et hovedprincip, som arbejdet organiseres omkring. Der udvikles stadig flere typer af tests i takt med udviklingen af en stadig mere differentieret og specialiseret diagnosticering: kognitive tests, udviklingstests, projektive tests og tests målrettet forskellige diagnoser. Testene er baseret på standardiserede og manualiserede interviews eller observationer, og resultatet opgøres via 'rating scales', dvs. kliniske målemetoder, der omsætter observationer eller

svar til en scoring, et tal. Som Rose (1999) fremhæver, er tests det særlige arbejdsredskab, hvis mestring tillader psykologen/psykiateren at frembringe viden, som overskrider en almenmenneskelig forståelse og beskrivelse. Ved hjælp af tests udvikles en særlig 'objektiv' viden, der tillader en visualisering af individuelle egenskaber, og som kan omsættes til tal og termer og som muliggør sammenligning på tværs af individer, kultur og kontekst. Tests fortrænger gradvist en mangfoldighed af tidligere anvendte metoder til udredning. Den stigende anvendelse hænger sammen med de styringsbestræbelser, som i de senere år har formet udviklingen indenfor psykiatrien. Kvalitetsreformen fra 2007 og det stigende fokus på kvalitetsstyring spiller en vigtig rolle. Danske Regioners anbefalinger om Kvalitet i Psykiatrien indledes på følgende måde, der understreger sammenhængen mellem kvalitet og standardisering:

"Psykiatrien råder i dag ikke over nationale kliniske retningslinjer, hvilket er med til at understrege behovet for fælles standarder. Standardisering og ensartethed handler i vid udstrækning om systematisk at anvende metoder, vi ved virker. Det er god kvalitet" (Danske Regioner 2011:10).

Testteknologiens betydning ligger også i den objektivitet og velafprøvede den tilsyneladende tilbyder, som kan tilføre psykiatrisk praksis evidensbaseret. Evidens skal sikre, at interventioner giver 'value for money' og er blevet et redskab til overordnet styring af fordelingen af ressourcer inden for stort set alle velfærdsstatens områder - også i psykiatrien. Tankegangen om evidens stammer oprindeligt fra den engelske læge Archie Cochrane (1972), som i 1970'erne lagde grunden til en evidensbevægelse, som havde til formål at vise en dokumenteret effekt af den behandlings-

mæssige indsats i sundhedssektoren. I takt med vidensudvikling i medicinsk psykiatrisk intervention og det politiske krav om opbremsning i ressourcetilførslen til sundhedssektoren er kvalitetsstyring blevet baseret på evidensbegrebet, som er kendetegnet ved at bestå af almen, forudsigelig og velafprøvet viden. Som det udtrykkes i *Grundbog i psykiatri*, en af de autoritative stemmer indenfor det psykiatriske felt:

"Klinikernes interesse for at indarbejde pålidelige metoder i det daglige arbejde er vokset i takt med at samfundets efterspørger mere kontrol – både kontrol med kvaliteten af den psykiatriske udredning, og kontrol af om den ønskede behandlingseffekt er indtrådt" (Ivanou & Simonsen 2010:187).

Men der er også en demokratisk legitimitet forbundet med disse teknikker. Indførelsen af tests kan også ses som et opgør med vilkårlighed og faglige tommelfingerregler, der hviler på stereotype normer og fordomme. Tests kan siges at skabe en lighed i behandlingen af borgerne, en lighed i forhold til standarder (Rose 1999). I psykiatrien optræder masser af 'skandaler', hvor fx en særlig lokal praksis for diagnosticering og medicinering får fatale konsekvenser for patienten. Her optræder standardiserede teknikker som et attraktivt middel til at sikre mod vilkårlighed og som redskab til at udvikle kvalitetskrav.

Udviklingen af tests muliggør også en klarere beskrivelse af den diagnostiske proces; en beskrivelse af grundelementer i arbejdet, som gør det muligt at udmåle arbejdsopgaven i tid. Og dette gøres netop i forbindelse med udviklingen af 'pakkeforløb', som er et af grundelementerne i kvalitetsreformen i psykiatrien. I 'pakker', standarder for hvordan patienter indenfor en bestemt diagnosegrupper skal udredes og behandles, specificeres de undersøgel-

ser, der skal gennemføres indenfor hvert diagnostisk område, og forskellige typer af psykiatriske tests optræder som et element heri.

De forskellige psykiatriske tests bygger imidlertid også på og formidler særlige forståelser af sygdom og indgår således i en pågående forhandling om at definere vidensfeltet og professionerne. I *Grundbog i psykiatri* vurderes anvendelsen af tests på følgende måde:

"Undersøgelsesinstrumenter som tidligere kun blev benyttet i forskningsprojekter får nu plads i psykiatriske afdelingers systematiske udredningsprogrammer. Det er på den ene side en positiv udvikling idet det er en naturlig følge af professionalisering af psykiatrien som (læge)fagligt speciale. Man vil i lighed med andre medicinske specialer sigte mod brug af præcise og valide målemetoder og mod en evidensbaseret behandling. På den anden side ligger der en fare i denne blinde tro på at objektivisering af sygdomsbeskrivelse er mulig og altid nødvendig" (Ivanou & Simonsen 2010:187).

Det er iøjnefaldende, at 'professionalisering' her identificeres med brugen af validerede (præcise) målemetoder (tests) og evidensbaseret behandling, ligesom ønsket om en tilnærmelse til og lighed med det biomedicinske felt fremhæves.

Sammenfattende ser vi, at tests får et særligt momentum, fordi de sammenknyttes med de styringsmæssige tiltag, der kræver kontrol, gennemsigtighed og generaliserbarhed; en særlig måde at organisere vidensproduktion på. Det er samtidig vigtigt, som Rose (1999) påpeger, ikke at se den øgede brug af tests som en erosion af professionel viden og identitet. Tværtom kan testene blive et grundlag for at udvikle professionelt sprog og identitet, sådan som det er sket indenfor det, han kalder 'PSY disci-

pliner' (psykologi, psykiatri, psykoanalyse etc.); men i en bestemt retning, der udelukker eller hæmmer andre udviklingsbaner og som påvirker udviklingsmulighederne for de sociale og pædagogiske fagligheder.

Teoretisk anslag

Testteknologier kan forstås som styringsteknologier, der udspænder særlige muligheder for styring af et felt som det psykiatriske (se fx Rose 1999). Blandt andet indgår tests som en vigtig del af udviklingen af pakkeforløb og kvalitetsovervågning, som begge er centrale elementer i den samfundsmæssige styring af feltet. I denne analyse, hvor fokus er på konsekvenser for arbejdet og for de professionelle, anlægger vi imidlertid en kompleks og situationel forståelse af relationen mellem teknologi og arbejde.

Her er vi inspireret af socio-materielle teorier omkring teknologi og arbejde (Orlikowski 2007). Nogle vigtige pointer er, at teknologien skaber nye arbejdsopgaver, ny arbejdsdeling og nye kommunikationsrutiner. Men den gør ikke forandringen i sig selv. Teknologien skal bringes til at fungere, og der sker en masse arbejde rundt om teknologien for at give den mening; denne mening er kontekstafhængig, og den kan altså ikke forudskikkes. Dette understreger, at vi ikke kan studere teknologiernes effekt løst fra sin kontekst; opmærksomheden må rettes mod den måde, hvorpå teknologien gives betydning og bringes i anvendelse på konkrete felter (Halford & Obstfelder 2010; Orlikowski 2007). En væsentlig pointe i denne sammenhæng er, at såvel den brede samfundskontekst som den lokale organisatoriske kontekst influerer på, hvordan teknologien anvendes, og hvilken betydning den får. Politiske og administrative bud på, hvilke potentialer teknologien rummer, og hvordan den kan indgå i foran-

dringer af arbejdet, får betydning for, hvordan teknologier forstås (Grosen 2009).

For det andet må der anlægges et konstitutivt perspektiv på mennesker og teknologi: Teknologi har en rolle i vidensproduktion og vidensdeling, og den danner grundlag for stratificering af professionel viden. Dette gælder ikke mindst i forhold til testteknologierne. Teknologien er ikke kun noget, der tolkes af og påvirker mennesker – noget, de gør modstand mod eller underlægger sig. Mennesker formes også af teknologien; den er med til at konstituere deres arbejdsidentitet og har således, som Bruno Latour påpeger, en 'agentialitet' (se fx Latour 2005). Endelig bringer det socio-materielle perspektiv en opmærksomhed på, hvordan teknologier er med til at rekonfigurere sociale relationer og rekonfigurere hierarkier (Timmermans & Berg 2003). Det socio-materielle perspektiv skaber således primært et fokus på praktikker, vidensskabelse, arbejdsdeling og på forandring af positioner og arbejdsidentiteter.

Vi vil imidlertid med udgangspunkt i arbejds- og professionssociologien også inddrage det subjektive perspektiv, et fokus på de professionelle subjektive sociale og emotionelle engagement i arbejdet. Mennesker tildeler mening til det arbejde de gør, og dermed skaber de deres arbejdsidentitet. Her ser vi arbejdsidentitet som på den ene side formet som led i en socialisering i en uddannelsesmæssig kontekst og dermed som noget relativt trægt, men på den anden side som plastisk og foranderlig i mødet med de konkrete arbejdspraksisser og arbejdsfællesskaber. Spørgsmålet er, hvordan forandringer i arbejdet og samarbejdsformen gives mening og forhandles, samt hvordan det udfordrer, undergraver, understøtter eller udvikler professionelles identitet og mening i arbejdet (Olesen 2004; Kamp 2012; Dybbroe 2008).

Med denne forståelsesramme retter vi

fokus mod, hvordan konkrete praksisser i arbejdet, samarbejds- og organiseringsformer forandres, hvordan faglighed, mening og identitet i arbejdet udfordres, og vi viser, hvordan nye hierarkiserede positioner forhandles og rekonfigureres.

Metodologisk tilgang

Artiklen er baseret på empiriske studier, foretaget over to år, fra sommeren 2011 til sommeren 2013, som led i forskningsprojektet Trivsel i teams¹. Vi dykkede ned i børne- og ungdomspsykiatri, som både i dag og tidligere har særdeles stærke traditioner for tværfagligt samarbejde og tværsektorielt samarbejde (Bengtsson 2011). De institutionelle rammer for teamarbejdet i denne sektor er dels en politisk fastlagt finansieringsmodel: Bestiller Udfører Modellen, som hviler på et katalog over ydelser, bygget op omkring diagnoser i et Diagnose Relateret Gruppe-system. Det er køb og salg af ydelser, som registreres og danner basis for institutionernes økonomi. Diagnosen fastlægges som den centrale ydelse, og barnet som kunden, der modtager denne ydelse. Dernæst udgøres rammerne af resultatkontrakter, der blandt andet omfatter antallet af ønskede producerede ydelser.

Endelig udgør den politiske Sundhedslov grundlaget for arbejdet. Sundhedsloven i 2005 fastlagde, at borgerne skal have mulighed for frit valg af leverandører, og at det offentlige skal udfordres af konkurrence fra private enheder (Bovbjerg 2011). Samtidig indførtes ventetidsgarantier for borgernes adgang til psykiatrien. Dette har skabt et pres for reorganisering og rationalisering af arbejdsprocesserne i psykiatrien, og der er gennemført et omfattende Lean-program med denne rationalisering og reorganisering som sit formål. Indførelse af Lean i psykiatrien har for det første medført, at der er sat standarder for, hvor man-

ge diagnoser hvert team skal producere pr. måned. Gennemløbstiden for hver 'kunde' fastsættes til et bestemt antal måneder, og i den enhed vi undersøgte halveredes denne gennemløbstid fra to måneder til en måned i løbet af de to år, hvor vi udførte vores feltarbejde.

Vi har undersøgt ambulante børne- og ungdomspsykiatri, fordi ambulante enheder er arbejdspladser i stærk vækst i psykiatrien, som kommer til at varetage stadig flere opgaver i fremtiden. Der er politisk fokus på ambulatorier, f.eks. indførte institutionen som de første i regionen behandlingsgarantier og standardiserede forløb. Ambulatoriets hovedopgave er udredning af børn for psykiske lidelser. Derudover deltager ambulatoriet i behandlingsopgaver med gruppebaseret psykoedukation, behandlingsgrupper og kontrol af medicinsk behandling. Disse opgaver fylder dog en mindre del af medarbejdernes tid end de udredningsmæssige.

Det udredningsmæssige fokus i det undersøgte ambulatorium er typisk for børne- og ungdomspsykiatri, idet der har været en stærk stigning i antallet af børn, der henvises til udredning fra kommunale institutioner, psykologer, forældre m.m. siden 1998. Endvidere mener mange professionelle, at gruppen af børn, der er udadreagerende i de sammenhænge, de befinder sig i, er i stigning, og dermed stiger nødvendigheden af hurtig udredning (Danske Regioner 2008). Udredningsarbejdet i ambulatoriet var praktisk organiseret omkring 'sager', og hver medarbejder arbejdede i princippet kun på to nye sager pr. måned. Men da sidste måneds sager sjældent var helt afsluttede, ofte fordi der skulle laves en afsluttende beskrivelse af sagen i teamet, som allerede var i gang med en ny sag, eller fordi man havde skiftet team-makkere, så arbejdede den enkelte ofte på tre-fire sager. Derudover arbejdede man med mange forskellige part-

ner, både internt indenfor flere forskellige teams og eksternt med institutionspersonale, forældre, børn og familiemedlemmer i flere generationer, PPR, sociale myndigheder, sygehusbehandlere m.m. Vi fandt, at emotionelt arbejde havde en stor om end oftest usynlig plads i teamarbejde, og at der krævedes stærke relationelle kompetencer (Kamp og Dybbroe 2013).

Børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium har i mange år været præget af et ideal om tværfagligt arbejde - et ideal, som både medarbejdere og ledelse referer til som et særkende, som man er stolt over, og som adskiller afdelingen fra andre lignende afdelinger. Det har betydet, at alle medarbejdere i princippet kan deltage i alle opgaver i forbindelse med udredning og behandling på lige fod. Afdelingen har ansat læger, psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker og pædagoger. Alle har selvsagt ikke samme erfaring og uddannelsesmæssige grundlag, men dels anskues forskellighed som en styrke, og dels er der givet muligheder for videreuddannelse, så man hver især kan videreudvikle sine kompetencer.

Idealet er således, at man kan udvikle en 'ny faglighed' ved en fusion af de tilgange, som de forskellige personer hver især kommer med. Det har selvsagt mere fungeret som en ideel horisont, og i praksis har man i den konkrete organisering taget hensyn til forskelligheder i viden og kunnen. Men det har betydet, at der er udviklet en praksis, så alle faggrupper indgår i udredningsteamenes arbejde med at diagnosticere barnet.

Som idemæssigt grundlag og arbejdsform har det givet store muligheder for udvikling og læring i arbejdet. Mange har benyttet det til at skabe sig en unik position på tværs af flere fagområder og delvist løst fra grunduddannelse. Men det har også indebåret uklarheder og grænseløshed i arbejdet. Flere giver således udtryk for, at det har været svært at komme ind i organisatio-

nen. Man skal så at sige selv skabe sin egen identitet og plads i arbejdsfællesskabet, selv tolke de forventninger der stilles, og kan ikke læne sig op af fastlagte arbejdsbeskrivelser og roller.

Den centrale metode for undersøgelsen er etnografiske feltstudier og fokusgruppeinterviews i kombination med studier af policy og vidensformer i feltet. En 'multisited' tilgang (Marcus 1995; Shore m.fl. 2011) gjorde det muligt at følge medarbejderne hele arbejdsdage igennem, at følge arbejdsrytmer og medarbejderperspektiver igennem arbejdets forskellige rum. Det har givet en tæt indsigt også i de usynlige og ikke fagligt italesatte sider af arbejdet, f.eks. at der holdes teammøde i en taxa og på tværs af teams i kaffestuen eller på gangen, og at en medarbejder går fra 'storteamet' (konferencen) for at tage til skadestuen, hvor et barn er indlagt, selvom det ikke er en del af hans arbejde.

Dernæst har vi fulgt en 'sag' eller en opgave fra den kommer ind til ambulatoriet som papirer, fra f.eks. PPR, og til den ender i ambulatoriets regi ved et netværksmøde med alle implicerede parter, som ønsker at deltage i at finde løsninger på 'sagen', når den skal ud af ambulatoriets regi. Og for det tredje har vi fulgt fænomenet 'teamarbejde' i flere former for teams: tre udredningsteams, to behandlende teams og igennem fem sager. En typisk arbejdsdag for en medarbejder kan starte med møde med en team-makker omkring forberedelsen af en sag, besøg sammen eller alene hos en familie, en institution eller skole; tilbage til ambulatoriet og modtage en familie til første samtale, frokostpause; samtale med en til to andre team-makkere på en anden eller tredje sag, som hænger fra sidste måned, samt psykoedukation med en anden team-makker i et behandlingsforløb med en gruppe patienter.

Vi har været med på konferencer, til per-

sonalemøder, i personalets pauser og har gennemført tre forskningsworkshops, hvor vi har været i dialog med hele afdelingen om problemstillinger ved arbejdet i teams. Derudover har vi afholdt seks semistrukturerede kvalitative interviews med ansatte, der tilhører forskellige faggrupper. Her har vi belyst deres professionelle livsbaner, deres forståelse af arbejde, mening og identitet, med henblik på at belyse, hvordan forandringer i det psykiatriske arbejde opleves og tolkes og påvirker mening og trivsel i arbejdet. Senere er disse interviews fulgt op med to fokusgruppeinterviews med henholdsvis tre og fem deltagere, hvor der var fokus på positioneringer imellem medarbejderne i forhold til teamarbejde og på de konstruktioner af tværfagligt teamarbejde, som medarbejderne foretager kollektivt. Vi har desuden gennemført fem ledelsesinterviews og flere baggrundsinterviews med eksperter indenfor feltet.

Psykiatriske tests og tværprofessionelt samarbejde

I den analyse, som præsenteres i dette afsnit, fokuseres særligt på introduktionen af psykiatriske testteknologier i det tværfaglige teamarbejde. Psykiatriske tests indgår som et centralt element i produktionen af standardiseret og kvantificerbar viden og tilbyder netop den gennemsigtighed og kontrollerbarhed, som efterspørges. Vi ser derfor psykiatriske tests som en mediering af moderniseringspolitik og rationaler til praksis og som en nøgle til at forstå den igangværende ændring af vidensformer og idealer om tværfaglighed og teamarbejde.

I det følgende viser vi, hvordan samspillet mellem testteknologier, arbejdspraksis og professionelle udfolder sig og indgår i forhandlinger om viden, mening og identitet. Vi udforsker først, hvordan dette er med til at udfordre, hvilke vidensformer

der opnår legitimitet som sand og pålidelig, og hvordan professionelle identiteter og sociale relationer dermed sættes under pres. Dernæst illustrerer vi implikationerne for idealer og samarbejdsformer i det tværfaglige samarbejde i teams.

Forhandling af vidensformer og professionelle identiteter

Den egentlige konference, hvor teamene præsenterer deres udredninger/sager for en forsamling bestående af kolleger og ledelse, er en vigtig institution. Det er her, der tages endelige beslutninger om, hvordan sagerne skal afsluttes, og hvilken diagnose som skal gives. I dette forum præsenterer de professionelle deres argumenter og fremlægger også evt. spørgsmål og tvivl. Det er derfor et vigtigt rum for forhandling af forskellige vidensformers legitimitet.

Et vigtigt spørgsmål er, hvordan man når frem til en diagnose; hvad tæller hvor meget? Formelt tæller både observationer i hjemmet og i institutionerne samt interviews med forældre på lige fod med psykologiske og medicinske tests. Men det forstærkede fokus på at levere diagnoser betyder, at denne ligeværdige position udfordres. På konferencen, hvor alle medarbejdere fremlægger deres sagsarbejde for kolleger og ledelse, og hvor man både kvalificerer arbejdet og skaber kollektiv legitimitet for organisationens 'ydelser', testes forskellige typer af argumenter og 'beviser' i forhold til at overbevise forsamlingen.

Samtidig er dette et sted, hvor relationer og identiteter til stadighed forhandles. Her har ikke kun den uddannelsesmæssige baggrund betydning; også fordelingen af kompetencer og opgaver har betydning. Derfor påvirker de metoder og værktøjer, som de ansatte anvender, hvordan de identificeres og positioneres i forhold til hinanden. I børnepsykiatrien er der ofte en arbejdsdeling, således at de diagnostiske tests udføres

af psykologer og læger, mens de øvrige undersøgelser ofte udføres af de øvrige grupper. I princippet kan mange af testene udføres af alle faggrupper, blot de har uddannet sig i denne testtype, men da tiden er knap, bliver denne form for arbejdsdeling oplagt.

Nogle konferencer forløber glat og diagnosen 'vedtages' uden kontroverser. Men der er også dramaer. De vanskeligere sager skaber mere diskussion og afslører vigtige skillelinjer, sådan som det illustreres nedenfor:

En sag forelægges af Lene, som er nyuddannet læge. Hun arbejder sammen med Joan på sagen. Testene understøtter ikke klart nogen diagnose. Joan, sygeplejerske, forelægger barnets ret komplekse historie. Joan beskriver pigen som et barn med høj ængstelighed, som har problemer med søvn og mad. Der har været tragiske hændelser i familien; moderens adfærd overfor barnet synes ikke adækvat etc.. Derefter følger en lang diskussion. Kollegerne viser tegn på utålmodighed. "Hvad mener I sådan diagnostisk?", spørger en af psykologerne. Lene svarer lidt usikkert: "Generaliseret angst". En anden indskyder: "Hvad vil I med at tage det op på konferencen? I er jo ikke færdige".

Lene svarer, at de har tilbagemeldingsmøde (til familien) på tirsdag, så derfor skal sagen på nu. Joan er synligt vred over angrebet. Nogle af de meget erfarne kolleger kommer til undsætning og foreslår, at Anna, en ældre og meget kompetent psykolog, går ind og hjælper teamet i en videre undersøgelse, og ledelsen indvilliger i, at teamet får mere tid til sagen. (feltnoter)

Efter konferencen føler Joan sig angrebet og nedgjort. Hun reflekterer: "Det kan godt nogle gange være lidt svært, når man har haft en sag, som man er så tæt inde på livet af. Og man kender næsten hver eneste de-

talje i det sammen med sin makker. Og så at skulle fremlægge det her på konferencen! Man får ikke detaljerne med. Du får ikke de der små fornemmelser og finurligheder, man oplever, når man er sammen med den her specielle familie, man nu er ved at udrede. Og det er svært at formidle til en konference, synes jeg. Og hvordan gør man det så? Fordi det er netop nogle gange de der fornemmelser; den underlige adfærd eller opførsel, som underbygger din beskrivelse og bedømmelse".

Flere beskriver, hvordan det bliver svært for dem at få plads til at fortælle om observationer, især når de ikke blot bekræfter testresultater eller ligefrem modsiger testresultater og derfor skal udfoldes i en større bredde.

Denne seance illustrerer, hvordan det synes meget enklere at præsentere en test end kvalitative observationer og samtaler. Testens resultater kan lettere aggregeres til klare svar, som lægger op til beslutning om behandling. Og de spiller ofte en dominerende rolle i konferencens beslutningsprocesser. Testene, som fremlægges af psykologer eller læger, og deres præsentationer betoner hårde data og faktualitet. Ofte, når en sag præsenteres, og der foreslås en diagnose, rejses der spørgsmål som: *Hvad tænker du om at bruge 83.2 i stedet for 83.1, har du udelukket den diagnose?* Denne måde at kommunikere på, ud fra diagnosekoder, ekskluderer en stor del af forsamlingen. Læger og psykologer og enkelte fra andre faggrupper medbringer 'den lille DSM bog' (en håndbogsudgave af *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) til konferencerne. Den ligger foran dem og bruges adskillige gange, hvor de alle ivrigt bladrer i den. Observationerne derimod fremlægges i brede multifacetterede beskrivelser med fokus på barnets opførsel i forskellige situationer og kontekster: I skolen, hjemmets sociale sammenhæng, barnets interaktion med andre

børn, etc.. Den dekontekstualiserede viden der produceres med tests tillægges således større betydning og overordnes de situationelle vidensbidrag.

Også den overordnede modernisering og rationalisering på feltet spiller ind. I lyset af tidspresen på konferencen og medarbejdernes generelle tidspres er tvetydighed og usikkerhed i diskussionerne på konferencerne ofte en kilde til frustration; mange taler om, at der er for meget løs snak, som kan fortsætte i det uendelige og som ikke fører nogen vegne.

Som Karoline, socialrådgiver, bemærker:

”Testen fylder rigtig meget, og vi snakker mindre klinisk billede i dag, end vi gjorde tidligere på konferencen. Det kan jo være, det er derfor, at tempoet er blevet sat op. Det er nemmere at snakke om tal, end det er at snakke om andet”.

Testmetoderne med deres etablering af en endimensionel skala indebærer en betydelig kompleksitetsreduktion, ligesom der også sker en standardisering af metoder og vurderingskriterier. Det kan, i tråd med Kvalitetskommissionens forståelse (Danske regioner 2011), opfattes som en måde at forøge kvaliteten i psykiatrien. Her plæderes for, at kvalitet i psykiatrien handler om at opnå en større ensartethed og gennemsigthed i, hvordan psykiatriske patienter undersøges, og hvordan der konkluderes. Disse argumenter bringes også frem i diskussionerne om den øgede brug af standardiserede tests blandt personalet:

”Der er systematik, der kommer ind over. Det er i hvert fald med til at sikre, at det diagnostiske bliver mere rigtigt. I form af at vi er mere systematisk med, hvorfor gør vi det, vi gør. For i teams'ene, der kan være folk, der siger: 'Jeg kigger bare på ham én gang, så må det være godt nok'. Eller: 'Jeg tager

den ikke på en konference, for jeg er rigtig sikker på det her'. Eller: 'Hvorfor skal man egentligt det her?'. Eller: 'Jeg gør noget andet, for det plejer jeg at gøre'. Og nu er der meget mere ensretning. Også af metoder i huset. Så det kan da være, det kan da være en fordel”.
Bente, psykolog.

Her fremhæves, hvordan tests, ved at skabe systematik og ensartethed, kan afhjælpe de problemer, der kan være forbundet med de mere komplekse faglige vurderinger; en mangel på kontrollerbarhed, som i værste fald kan føre til, at individuelle og tilfældige praksisser kan blomstre.

Det er også tydeligt, at brugen af tests opfattes som en form for sikkerhed, en sikkerhed mod at komme i usikre og sårbare situationer, der kan udfordre eller ligefrem true den professionelles faglige position. Den egentlige konference er, som det fremgår ovenfor, et sted, hvor der er noget på spil, hvor man kan 'dumpe', som det kaldes, når kolleger eller ledelse stiller spørgsmål ved ens faglige vurderinger og argumenter. Det gør det nærliggende at bruge tests som en 'sikkerhed'.

”Hvis der så er nogle, der lige er blevet ristet over sagte ild ved forrige konference, så vil jeg være mere tilbøjelig til at tage en test mere for at have et eller andet tal og en score (?), end jeg måske ellers ville”. Randi, psykolog.

Ved at bruge tests, sker der en forskydning af ansvar og opgaver mellem teknologi og professionel. Hvor det før var den professionelle (gruppe), som var i centrum for forskellige overvejelser og teststrategier i forhold til at komme til en konklusion, så er det nu udfaldet af testene, som giver resultatet. Man kan med inspiration fra STS-litteraturen sige, at testen bliver 'agentiel'. Testen bliver en del af et logisk beslutningssystem, hvor bestemte udfald – scores over og un-

der et skæringspunkt - fører til bestemte diagnoser. Fokus flyttes derfor – i hvert fald delvist – fra den professionelle vurdering over på, om testen er velgennemført. Viden og færdigheder i forhold til at gennemføre testning bliver ligeledes kritisk, da der for at udføre tests ofte kræves autorisation, som erhverves på særlige kurser. Dermed nedtones det subjektive element, og man oplever sig som mindre udsat og mere sikker, som for eksempel også Karoline, socialrådgiver, giver udtryk for:

"Jeg tror, sådan ville jeg have det, hvis jeg kom ind som psykolog i psykiatrien, og jeg ikke havde så meget erfaring, fordi jeg ikke vidste så meget om det kliniske billede, så tror jeg, at jeg ville teste mig ind i det i stedet for. Det kan jeg også se sker i ungeteamet, hvor de, der er nye inden for ungdomspsykiatrien, ikke ved så meget om, hvordan fx en personlighedsforstyrrelse ser ud. Hvis man tester, så har man da i hvert fald ét eller andet holdepunkt."

Hun ser tests som et redskab til faglig sikkerhed, som man kan bruge, når man ikke har klinisk dybdegående kunnen (om hvordan en personlighedsforstyrrelse ser ud), hvilket imidlertid er det, hun - med sit socialfaglige udgangspunkt – mener, det drejer sig om at opnå.

Men selvom testning fremstilles som en teknologi, der udført på den rette måde fører til resultater, er det i praksis mere komplekst at få testning til at fungere. Det kræver et særligt arbejde. De professionelle, som tester, gør normalt meget ud af omgivelserne og stemningen omkring testen. Det opfattes som en del af fagligheden. Deres kontorer er således søgt gjort til et hjemligt og rart sted for børn, præget af klare, muntre farver, fyldt med børneplakater og legegenstande. Dette opfattes som en forudsætning for at få testsituationen til at

fungere. De fleste af de medarbejdere, der tester, observerer samtidig barnet i testsituationen. Der er ikke tale om en systematisk og manualiseret observation, men om en kvalitativ vurdering, som er med til at danne et billede af barnet. Sidder barnet uroligt på stolen?, hvordan er kvaliteten af kontakten?, etc.. Testning er altså i høj grad situeret og kræver kompetent arbejde for at fungere. Og der genereres også mere viden, end den standardiserede rating. Men spørgsmålet er, hvordan den viden bringes i spil?

Selvom viden om det kliniske billede forsvinder mere og mere fra de arenaer, hvor diagnosen diskuteres og besluttet, er der blandt de fleste en klar bevidsthed om, at tests, hvor systematiske og standardiserede de end måtte forekomme, også til en vis udstrækning er situationsbestemte og producerer situeret viden. Så testsituationen kan også være en arena for den kliniske observation, omend i et særligt miljø. Det forekommer at være et grundlæggende element i 'det faglige blik', de professionelle kaster på den mentalt syge; blot er dets status mere uklart, ligesom det ofte ikke bringes i anvendelse i beslutningsprocessen.

Sammenfattende ser det ud til, at det stigende fokus på tests, diagnoser og teknisk vokabularium og tænkemåde underminerer de humanistisk- og socialvidenskabeligt-orienterede faggruppers position i det 'store arbejdsteam' på konferencer. Deres bidrag, som tager udgangspunkt i en mere kompleks forståelse af børn og familiers lidelse og den dynamik, de skabes i, devalueres. Det viser sig, når de præsenterer sager på konferencerne, og de risikerer at havne i sårbare og problematiske positioner. Ambulatoriets tværfaglige ideal og ret flade teamstrukturer er dermed under erosion på arbejdspladsen. Den stigende anvendelse af tests i udredningsarbejdet sætter for alvor gang i betydningsmæssige forskydninger

og i en reorientering hos medarbejderne. De nyeste tests, som tages i anvendelse og som introduceres på kurser m.m., får større betydning i den diagnostiske proces, og denne får samtidig større betydning i udredningsarbejdet, som traditionelt i afdelingen har været en meget bredere faglig proces. Testene forstås desuden i stadig højere grad som psykologiske tests, altså som værktøjer for psykologerne.

Udviklingen kan imidlertid ikke blot ses som et spørgsmål om at hierarkiske relationer mellem faggrupper træder frem og forstærkes. Også psykologernes professionelle identitet udfordres. Deres testkompetencer bliver det centrale, mens det brede kliniske billede af barnet forsvinder. Nogle psykologer er stærkt anfægtede af denne udvikling. De peger på, at det ikke er psykologerne, der vil denne udvikling. De er kritiske overfor at udredningen alene resulterer i scores, og at oplevelser af barnet dermed ikke videregives. Det billede, som testningen giver, taler så at sige i et andet sprog, end de kliniske observationer udtrykkes i. Udviklingen fører altså også som tendens til en indsnævring og redefinition af psykologens faglige identitet og påvirker altså på flere måder relationerne i det tværfaglige samarbejde.

Arbejdsdeling og tværfaglighed i teamarbejdet

Psykologernes tiltagende monopol på testarbejdet fører til, at de øvrige grupper må varetage de resterende opgaver, og dermed bliver der i stigende grad en fast arbejdsdeling. Det får også betydning for den diskussion, som der kan være i udredningsteamet. Flere beskriver, 'at psykologerne lukker sig om sig selv og sidder og tænker'. Og det bliver vanskeligt at have en interessant faglig dialog om, hvordan barnet og dets problemer skal anskues.

"Så det lægger op til et andet slags samarbejde. Psykologen sidder og tænker... Eller psykologen sidder og får alle tallene og testene og ligesom er formand for den slags klub her". Randi, psykolog.

Testarbejde udføres normalt af én person i et lukket rum på ambulatoriet sammen med testpersonen. Der lægges altså op til enearbejde uden muligheder for at samarbejde om processen og de observationer, der gøres. Den nye arbejdsdeling opleves som uintenderet. Det er ikke besluttet, hverken centralt hos ledelsen eller lokalt, men må ses som et resultat af testteknologiens særlige måde at strukturere et handlingsfelt på. Samtidig er der ikke kun én mulighed for organisering omkring teknologien. En opløsning af teamarbejdet nævnes også som en mulighed.

"Jeg vil gerne derud [i barnets miljø]. Jeg vil gerne derud. Jeg vil hellere lave en hel undersøgelse, så vil jeg hellere lave den alene, end at alting bliver splittet op, og jeg sidder med mit, og du sidder med dit, og en tredje sidder med sit lille tredje". Randi, psykolog.

Arbejdsdelingen opleves af flere af psykologerne, som her Randi, som problematisk. Det ikke at være med i 'det kliniske': anamnesen (den indledende samtale med forældrene om barnets historie og problemer) og besøg i hjem og børneinstitution eller skole tematiseres som tab af kontrol. Nu må psykologerne stole på, at de andre faggruppers observationer er valide og dækkende og kan ikke holde dem op mod egne oplevelser og vurderinger.

Nogle blandt psykologer og læger ser dog positive elementer i den forandring som sker, og som de diskuterer som 'monofaglighed' og som associeres med en arbejdsdeling, baseret på faglig grunduddannelse;

om man er psykolog, psykiater, pædagog, socialrådgiver eller sygeplejerske.

"Jeg synes, det går mere og mere mod monofaglighed", bemærker Bente, psykolog. "På den måde kommer det at ligne det, der foregår på landsplan. Men jeg synes egentligt, at det er positivt, hvis det kan lade sig gøre; at blive lidt mere skarp på faggrænserne. Jeg synes, det har været irriterende før i tiden, at vi alle sammen har skullet det hele".

Hun udtrykker sig her meget blødt, afværgende med udtrykket 'lidt mere skarp'. Andre i psykologgruppen beskriver i højere grad sig selv som allerede værende en del af den ny udvikling. De understreger, hvordan det i realiteten er dem, der samler trådene og tager ansvaret for den endelige beslutning om diagnosen.

Også de øvrige faggrupper peger på problemerne i denne arbejdsdeling. Selvom de faktisk møder barnet i dets miljø og på den måde kunne siges at være tættere på barnet, oplever de sig som marginaliserede i processen, især der, hvor arbejdet med testning bliver omdrejningspunktet. Arbejdsdelingen frustrerer altså alle grupper.

"Og at vi andre ... Ikke-psykologer kommer i nogle sager lidt ud på sidelinjen, fordi det egentligt er psykologen, der har kontakten til barnet og det meste af undersøgelsesmateriale. Så man kan føle sig lidt.. Man får ikke rigtig den billedlige fornemmelse, når man ikke har det dér. Hvis der foregår meget test, testninger og sager". Karoline, socialrådgiver.

Efter gennemførelsen af testen, skal der udføres et talbehandlingsarbejde; tallene skal tastes ind med henblik på at udregne scores. Det er altså endnu en opgave i teamet, som potentielt kan indgå i den samlede pulje af opgaver, som man samarbejder om i teamet. Det synes svært at antaste, at testene nu

er psykologarbejde – selvom flere fra andre faggrupper førhen er blevet uddannet i at udføre dem. Spørgsmålet bliver nu, om de tal, som produceres, skal være åbent tilgængelige. Nogle hævder, at man ikke kan dele ud af dette 'psykologiske materiale', mens andre forholder sig åbent til spørgsmålet. Der opstår derfor en større diskussion om, hvorvidt andre faggrupper skal være med i talbehandlingen, så at det i højere grad bliver en fælles opgave.

Vi ser således en løbende forhandling om positioner i teamarbejdet. Det er tydeligt, at denne hierarkisering er omkæmpet. Adgang til at se råttallene fra testninger bliver endnu en bastion, hvorfra der kan skabes en mulighed for en (mere) ligeværdig dialog i udredningsteamet.

På trods af den stigende arbejdsdeling, der bliver konsekvensen af indførelsen af tests som organiserende princip i arbejdet, forsøger teamene stadig at integrere den viden, de hver især har indhentet, og at etablere synteser via deres fælles diskussioner. Udredningsarbejdet drejer sig om at fastlægge en diagnose, men også om at give anbefalinger til behandling af barnet og om at understøtte barnet, dets forældre og netværk. Som baggrund herfor kræves stadig bredere klinisk indsigt.

De professionelle fortæller, hvordan det er vigtigt for processen, at begge parter i et team oplever, at de har et selvstændigt bidrag. Både når man arbejder med tal, og når man arbejder med interviews eller observationer, bruger man 'sit materiale' til at tænke med og sammenstykke et billede af, hvad der er på spil. Mange beskriver, hvordan man engageres i processen af sit eget materiale.

"Fordi, man bliver altid tændt på det, man har som materiale. Og tal.. Det må man sige, det sker. Det synes jeg også, jeg kan se, når nogle af de andre psykologer fremlægger

ind imellem. De kan sikkert også se, når jeg fremlægger, hvis man er meget sådan tæt på tallene, eller.. har siddet med barnet i testrummet.. Så er det svært at høre på en anden...Men ude på skolen, der er det ikke sådan.. 'Nej, men jeg har siddet med ham... ja, men jeg har set ham'" [griner]. Bente, psykolog.

Omvendt opleves arbejdet som 'kedeligt', hvis man ikke har sit eget materiale, og dermed ikke har et selvstændigt bidrag.

Karoline, socialrådgiver: "Men det er de sager, hvor jeg tænker, det er dér, hvor jeg mister fornemmelsen af, hvad det er, vi har med at gøre. Når det er, at vi kommer for langt væk fra... Jeg kommer til at kede mig, fordi at jeg, hvad skal man sige, ikke får en fornemmelse af, at jeg synes, jeg har noget, noget ordentligt at byde ind med. At jeg ikke rigtig har nogen fornemmelse, så får jeg ikke ejerskab".

Teamarbejdet, forstået som gensidig udveksling, beskrives altså som helt centralt for oplevelse af meningsfuldhed og ønskværdig social identitet i arbejdet. Dette fokus på 'eget materiale' kan også betyde, at man kan have svært ved at rumme andres. Det er en udfordring, der særligt opstår, fordi man nu meget sjældent gennemfører en observation eller test sammen. Som Bente fortæller, opstod der førhen, da man gennemførte delopgaver sammen, nogle andre diskussioner, fordi man grundlæggende refererede til de samme observationer. Her dannede man i hvert fald ideelt set et fælles billede – eller nogle fælles hypoteser – ud fra diskussionen.

"Jamen tidligere lavede man også hypoteserne sammen, fordi man også så nogle af de samme ting. Altså, så tidligere var der flere hypoteser om det". Bente, psykolog.

Som de professionelle her beskriver, kræver det nye samarbejde en særlig åbenhed og nysgerrighed i forhold til andre perspektiver og tolkninger. Og dermed må man også til en vis grad suspendere ideen om én sandhed udtrykt i én diagnose. Det udelukker ikke tildelingen af 'den rigtige diagnose'. Men åbner for et bredere blik på barnet, og hvordan det håndterer forskellige kontekster. Testsituationen ses også som en særlig kontekst for barnet.

Leo, pædagog: "Så det betyder, at hvis man sidder og laver en test med én, så kan vi jo ikke sige, at 'nå, men det var så ikke virkeligheden; det var det, du oplevede derude, der var virkeligheden'. Og der kan man jo selvfølgelig, der gælder det jo stadig om at holde nysgerrigheden for hinandens materiale og sige 'hvorfor fa'en var det, at det så så ud sådan dér, og ikke hos mig?'".

Vanskeligst er det, når testresultaterne og observationer taler i hver sin retning. De to vidensudsagn er inkommensurable, man kan ikke finde en mellemvej. Forhandlingen mellem de forskellige tolkninger beror ofte på en forestilling om, at de kvalitative udsagn udbygger, nuancerer og kvalificerer de kvantitative. Men når dette ikke er muligt, er diskussionen svær at afslutte, og her vinder testen, som vi har illustreret i det første analyseafsnit, i stigende grad.

Tests som organiserende princip for samarbejdet har således vidtrækkende konsekvenser for det tværfaglige teamarbejde. Der praktiseres et forsøg på at opretholde idealet om ligeværdigt samarbejde, hvor forskellige bidrag supplerer hinanden, og ikke en underleverandørmodel, hvor nogle former for viden bliver underordnede og supplerende. Men det er vanskeligt, og det eroderes, og det bliver vanskeligt at etablere fælles hypoteser og læring.

Konkluderende diskussion

I denne artikel har vi studeret professionelle relationer i de tværfaglige teams i psykiatrien. Tværfaglighed er et bredt begreb, hvis betydning i praksis altid er omstridt. Forskellig viden, ekspertise og metoder sættes sammen, men relationen mellem disse forskellige vidensformer kan konstrueres på mange måder: sideordnet, integreret, hierarkisk under-/overordnet etc.. Legitimiteten og værdien af forskellige former for viden ekspertise og metoder må derfor bestandig forhandles.

Vi ser derfor det tværfaglige teamarbejde, der er rammen om videnskabelse og konstruktion af mening og identitet i arbejdet, som en organisering, hvor de sociale relationer (også) er magtrelationer, som bestandigt er på spil og under forhandling. Hvordan dette udfoldes, og hvilke implikationer det har, afhænger af den konkrete historiske, kulturelle og organisatoriske kontekst.

Det psykiatriske felt, med dets historiske tradition for tværprofessionelt samarbejde, er på den ene side præget af stærkt hierarkiserede relationer, typisk med medicinske, psykologiske og sygeplejefaglige professioner i toppen og med pædagogiske og socialfaglige i bunden. På den anden side er der i psykiatrien historisk etableret egalitære idealer om samarbejde, hvor flerfaglighed og multiple metoder og tilgange ses som et middel til at skabe et mere helt billede af patienten samt bedre behandling. Samtidig har de professionelle positioner igennem de senere år været udfordret af de moderniserings- og rationaliseringsbestræbelser, der har præget den offentlige sektor. Dette har udfordret de professionelles handlelogikker, deres faglige ethos og dermed også påvirket deres indbyrdes relationer (Johansen m.fl. 2012; Bengtsson 2011; Videncenter for Socialpsykiatri 2006; Madsen m.fl. 2011). Men denne modernisering og rationalisering har også fremmet og legitimeret

bestemte typer af viden og metoder fremfor andre. Som vi viser, afføder ønsket om styrbarhed, gennemsigtighed og kontrol på tværs af enheder og regioner i psykiatrien en stadig mere standardiseret og kvantificerbar vidensproduktion, og dermed skabes en udvikling mod andre vidensidealer. Vi træder altså ind i et felt, hvor relationerne mellem forskellige professionelle er i en modsætningsfuld bevægelse, og hvor vi alene af den grund kan forvente, at de er præget af konflikter og spændinger; bestræbelser på at fastholde gamle positioner eller på at skabe nye.

Analysen fokuserer særligt på introduktionen af psykiatriske testteknologier i det tværfaglige teamarbejde. Psykiatriske tests, der i stigende grad bliver omdrejningspunktet for udredningsarbejdet, indgår som et centralt element i produktionen af standardiseret og kvantificerbar viden og tilbyder netop den gennemsigtighed og kontrollerbarhed, som efterspørges. Vi ser derfor psykiatriske tests som en mediering af moderniseringspolitik og rationaler til praksis, og som en nøgle til at forstå den igangværende ændring af vidensformer og idealer om tværfaglighed og teamarbejde.

I analysen viser vi, hvordan samspillet mellem testteknologier, arbejdspraksis og professionelle udfolder sig og indgår i forhandlingerne om viden, mening og identitet.

Testteknologier producerer en anden form for viden end fx observationer og kræver andre former for ekspertise. Vi illustrerer, hvordan den viden som produceres via tests, i form af scores og skaleringer, positioneres som mere 'sand' og 'pålidelig', end andre former for viden - selv om dette er omstridt. Der sker en underordning af især den praksisbaserede viden, 'det kliniske billede', hvor forskellige former for observationer og samtaler og møder med familien eller barnet tolkes ved hjælp af teoretisk

viden og praktisk erfaring med arbejdet med børn med psykiske problemer. Testresultater passer bedre ind i en tidspresstet og 'leanet' psykiatri, hvor beslutninger om diagnoser er kerneydelsen. Den komplekse viden, som genereres i observationer, besøg mv., er vanskelig at reducere til klar og hurtig beslutningstagen; den passer ikke altid i de systemer, der er udviklet for at kategorisere og standardisere diagnoserne og den psykiatriske udredning. Denne viden bliver derfor let set som sekundær og supplerende i forhold til testresultaterne, og når de to typer af undersøgelser modstrider, bliver 'det kliniske billede' ofte affærdiget som 'snak'. Samtidig understøttes udviklingen af argumenter om sikkerhed for en ensartet behandling af patienterne og gennemsigtighed af forløb og metoder.

Denne forandring i vidensidealer fører potentielt til underordning af dem, der især baserer deres arbejde på praksisbaseret viden, eller dem, der, som flere psykologer og læger, baserer sig på både klinisk erfaring og standardiserede testresultater. At fremføre denne type viden kan indebære, at man indtager en sårbar og udsat position i de kollektive fora, hvor udredning og diagnose af psykiske lidelser drøftes og beslutes. Vælger man at foretage tests, fremfor at bruge andre metoder, kan det derfor også betragtes som at skabe sikkerhed - en måde, hvorpå man kan sikre sig mod at blive bragt i en sårbar position i fællesskabet. Samtidig indebærer brug af tests, at det subjektive element i udredningen på en måde forsvinder af syne; det er testene, som afgør resultatet. Den professionelles ansvar er at sørge for, at den er velgennemført, og naturligvis at kende 'sit instrument' og dets forcer og begrænsninger.

Testteknologierne har også deres egne materielle 'logikker'. De udføres i enrum med patienten, eller dennes forældre, og levner således ikke mulighed for, at flere

professionelle deltager og kan dele erfaring og viden. Med det stigende antal af tests, som udføres på hver patient, fylder dette arbejde stadig mere. Samtidig er det i stigende grad psykologerne, som har vundet hævd på at udføre tests. Testning bliver i stigende grad en kerne i den psykologfaglige identitet.

Dermed er grunden lagt for en langt større grad af arbejdsdeling i teamet, hvor andre former for vidensproduktion overlades til de øvrige faggrupper. Mens man før ofte gennemførte besøg og samtaler sammen i teamet, er det nu oftest alene de mellemuddannede grupper, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger, der gennemfører disse opgaver. Og dermed også de, hvis faglighed underordnes i den proces, som er i gang. Anvendelsen af stadig flere testteknologier skaber derfor nye skillelinjer, og arbejdsdelingen i teamene skærpes. Det fører til en anden form for tværfaglighed og en anden form for fælles vidensproduktion. Hvor man før under udredningsarbejdet kunne diskutere og i fællesskab udvikle hypoteser om barnets problemer, er processen nu arbejdsdelt. Psykologen eller lægen står for kernen, testene, testresultaterne reificeres, fremstår som uimodsigelige tal, som ikke let lader sig diskutere i forhold til de bredere narrativer om barn og familie. Der er således en tendens til, at makkeren reduceres til en slags underleverandør.

Dette kan se ud som et magtspil med klare vindere og tabere, i og med at psykologerne tildeles en stadig mere dominerende rolle, men vores analyse vidner også om, at det er en bevægelse, der udfordrer faglig identitet og mening for alle faggrupper, som indgår i arbejdet. Der er tale om en indsnævring og afgrænsning af faglighed, ligesom teamarbejdet i højere grad opleves som en opsplittning af arbejdet, frem for det modsatte. Og det også i modstrid med idealet om teamarbejde som et samarbejde

mellem ligestillede professionelle; et ideal der er i den konkrete psykiatriske enhed har en stor styrke. De egalitære tværfaglige idealer og praksisser lever side om side med de nye, mere hierarkiske og arbejdsdelte former. Dette vedligeholdes blandt andet i dele af behandlingsarbejdet, hvor man arbejder med en mere åben procesorienteret horisont.

Identitetsarbejde i teamarbejde er derfor en ambivalent og konfliktfuld praksis, hvor hierarki og ligestilling i de tværprofessionelle relationer forhandles og genskabes i den daglige praksis. Undersøgelsen belyser det modsætningsfulde og ofte usynlige, men krævende og belastende arbejde med at forhandle og omkonfigurere sociale relationer og arbejdsmetoder. Den viser, hvordan de sociale relationer i teamarbejdet sættes under pres, når idealer om tværfaglighed – her i psykiatrien – forandres, nye forståelser af viden vinder terræn, og andre typer af viden derfor i stigende grad underordnes og delegitimeres.

Den rolle tests spiller i psykiatrien er ubestrideligt udbredt og voksende i Danmark, såvel som internationalt. Med udgangspunkt i dette casestudie må vi – som vi har vist – forvente, at det sætter de tværprofessionelle relationer i teamarbejdet under pres og skærper professionelle hierarkier.

Vores undersøgelse afdækker desuden dynamikken i tværfagligt teamarbejde i sundhedsvæsenet – en dynamik, som kan spores andre steder og indenfor andre felter, og som giver indsigt i de meningsfulde, konfliktfyldte og dybt tvetydige processer, der udgør arbejdslivet i tværfagligt teamarbejde.

NOTER

- 1 Trivsel i Teams er et fireårigt forskningsprojekt finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden. Det afsluttedes i 2015.

REFERENCER

- Barry, A. (2007): *Interdisciplinarity and society. A critical comparative study*, Full research report, ESCR End of reward report, Res No151-25-0042, A. Swindon ESCR
- Bengtsson, S. (2011): *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform*, København, SFI
- Bovbjerg, K. M. (2011): *Motivation og mismod. Effektivisering og stress på offentlige arbejdspladser*, Aarhus, Aarhus Universitetsforlag
- Brante, T. (2005): Staten og professionerne, I: Eriksen og Jørgensen (red.) *Professionsidentitet i forandring*, København, Akademisk Forlag
- Busch, T. m.fl. (eds.) (2011): *Modernisering av offentlig sektor. Trender, Ideer og Praksiser*, Oslo, Universitetsforlaget
- Cochrane, A. L. (1972): *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. (
- Dahl, H.M. (2005): Fra en klassisk til en (post?) moderne opfattelse af professioner? i Eriksen og Jørgensen (red.), *Professionsidentitet i forandring*, København, Akademisk Forlag
- Danske Regioner (2008): *Et styrket og udbygget akut beredskab i børne- og ungdomspsykiatrien*
- Danske Regioner (2011): *Kvalitet i Psykiatrien*, København, Danske Regioner
- Dybbroe, B. (2008): A Crisis of Learning, Professional Knowledge and Welfare in Care, in Wrede m.fl. (eds.) *Care Work in Crisis-Reclaiming the Nordic Ethos of Care*, Malmö, Studentlitteratur, 50-73
- Edwards, A. (2011): Building common knowledge at the boundaries between professional practices. Relational agency and the relational expertise in systems of distributed expertise, *International Journal of educational research*, 50, 33-39

- Grosen, S. (2009): IT, Arbejde og Køn i anvendelse, Ph.D.-afhandling, Roskilde, Roskilde Universitet
- Halford, S., S. Obstfelder & A. Lotherington (2010): Changing the record. The interprofessional, subjective and embodied effects of electronic patient records, *New Technology work and employment*, 25(3), 210-222
- Hjort, K. (2005): *Professionaliseringen i den offentlige sektor*, Roskilde, Roskilde Universitetsforlag
- Ivanou, J. & E. Simonsen (2010): De psykiatriske assessmentmetoder og den psykiatriske undersøgelse. I: Simonsen, E. & Møhl, B. Grundbog i Psykiatri, Hans Reitzel, Kap. 9, 173-189
- Johansen, K.S. m.fl. (2012): *Tværasektorielt samarbejde i socialpsykiatri. Videns- og erfaringsopsamling*, København, KORA
- Kamp, A. & Dybbroe, B. (2013): Hvad tæller, hvem tæller. Standardisering og emotionelt arbejde i psykiatrien, *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 4, 42-58
- Kamp, A. (2012): The meaning of work in elderly care in Denmark. Fragile reconstructions. In: Kamp, A & Hvid, H. (eds). *Elderly Care in Transition. Management, Meaning and Identity at work. A Scandinavian Perspective*, Copenhagen Business School Press, Copenhagen, 107-132
- Latour, B. (2005): *Reassembling the social*, Oxford, Oxford University Press
- Madsen, M. H., H. Hvenegaard og A. Fredslund (2011): *Opgave udvikling på psykiatriområdet*, København, Dansk Sundheds Institut
- Marcus, G. (1995): Ethnography in of the world system: the emergence of multi-sited ethnography, *Annual Review of Anthropology*, 24, 91-117
- Olesen H.S. (2004): Professioner som troldspejl for den udfoldede modernitet, *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 1, 77-95
- Orlikowski, W. (2007): Sociomaterial practices. Exploring technology at work, *Organization*, 28 (9), 1435-48
- Rose, N. (1999): *Inventing ourselves. Psychology power and personhood*, Cambridge, Cambridge University Press
- Ryan, David P. (1996): A history of teamwork in mental health and its implications for teamwork training and education in gerontology, *Educational Gerontology*, 22, 411-431
- Shore, C. m.fl. (2011): *Policy worlds. Anthropology and the analysis of contemporary power*, Oxford, Berghahn
- Sundhedsstyrelsen (2009): *National Strategi for Psykiatrien*, København, Sundhedsstyrelsen
- Timmerman, S. & M. Berg (2003): *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia, Temple University Press
- Videncenter for socialpsykiatri (2006): *Syn på Samspil*
- Wrede, S. m.fl. (eds.) (2008); *Care Work in Crisis-Reclaiming the Nordic Ethos of Care*, Malmø, Studentlitteratur

Annette Kamp, Ph.d., Lektor, Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet, kamp@ruc.dk

Betina Dybbroe, Ph.d., Professor (mso), Leder af Center for Sundhedsfremmeforskning, Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet, tibet@ruc.dk