

Gode organisatoriske grunde til dårligt samarbejde under tværfaglige konferencer i hospital psykiatrien

Niels Buus

I psykiatrien værdsættes tværfaglige samarbejdsrelationer ofte, da de potentielt kan give flere perspektiver på patientens tilstand og situation. I denne artikel analyseres samarbejdsrelationerne under tværfaglige konferencer. Data er baseret på lydoptagelser lavet under et feltarbejde i to psykiatriske afdelinger. Analysen fokuserer på karakteren af den kliniske viden, der produceres under møderne samt på samarbejdsrelationerne i forhold til den specialiserede arbejdsdeling på det psykiatriske hospital. Det konkluderes, at medicinere og en medicinsk diskurs dominerer under konferencerne, der ligefrem promoverer dette perspektiv, samt at der ikke skabes nogen synergieffekt mellem faglige perspektiver.

Indledning

Der er ikke megen forskningslitteratur, der påviser nytten af tværfaglige samarbejdsformer i psykiatriens institutioner; tværtimod indikerer megen forskningslitteratur, at fælles kliniske beslutningsprocesser ikke fungerer særligt godt (Opie 1997, Colombo 2003). Dette er overraskende set i lyset af den omfattende satsning på tværfaglige samarbejdsformer i det psykiatriske felt, hvor synergieffekten ved at have flere unikke, professionelle perspektiver på psykiatriske problemstillinger til stadighed fremhæves som produktiv og givende.

Hospitalspsykiatriens tværfaglige behandlingskonferencer er formelle team-møder mellem repræsentanter fra de professionelle grupper, der er involveret i pleje og behandling af patienten, typisk plejepersonale (f.eks. sygeplejersker, pædagoger samt social- og sundhedsassistenter), medicinere, socialrådgivere, terapeuter (f.eks. fysio- og ergoterapeuter) og psykologer. Under disse møder udveksles og oparbejdes klinisk viden om patienterne gennem deltagernes forhandlinger og fortolkende diskussioner af patientens tilstand baseret på parternes kendskab til patienten (Barrett 1996). Konferencerne har en central position blandt de institutionelle, vidensproducerende praktikker, der finder sted uden patientens aktive deltagelse (Buus 2005). Den kliniske viden, der produceres under konferencerne, kan have afgørende indflydelse på den konkrete behandling af patienterne, da den udgør en væsentlig del af grundlaget for kliniske beslutninger.

Formålet med nærværende artikel er kritisk at evaluere dele af de kliniske beslutningsprocesser i det tværfaglige samarbejde i hospitalspsykiatrien. Der vil blive fokuseret på, hvordan samarbejdsrelationerne under tværfaglige behandlingskonferencer former de kliniske beslutningsprocesser og produktionen af klinisk viden. Samarbejdsrelationerne analyseres i forhold til den specifikke kliniske arbejdsdeling. Afslutningsvis sammenholdes de tværfaglige samarbejdsrelationer under konferencerne med andre tværfaglige samarbejdsformer i psykiatrien. Artiklen er baseret på datamateriale fra et længerevarende feltstudie af psykiatrisk sygeplejepersonales indbyrdes kommunikation og produktion af klinisk viden (Buus 2005).

Produktionen af klinisk viden i det tværfaglige samarbejde

Arbejdet, som psykiatriens professionelle lægger i produktionen af psykiatrisk viden samt organiseringen af psykiatriens viden, er studeret langs adskillige spor indenfor den medicinske sociologi (Busfield 2000). Studier af produktionen af klinisk viden varierer meget i forhold til hvilke variable, der menes at indvirke på klinikernes produktion af viden om patienterne. En organisatorisk variabel, der har indflydelse på produktionen af viden i det tværfaglige samarbejde, er de forskellige professionelle gruppers særlige perspektiv på psykisk lidelse. I litteraturen beskrives professionelle perspektiver på psykisk lidelse ofte som distinkte, teoretisk informerede forståelsesrammer (Siegler 1974), men disse formelle lære-

bogsperspektiver adskiller sig markant fra de implicite og uformelle antagelser, som praktikere arbejder ud fra i klinikkens beslutningsprocesser. Psykiatriens forskellige grupper har forskellige perspektiver på psykisk lidelse, blandt andet fordi de har forskellige uddannelser og forskellige kliniske praktikker. For eksempel fremhæver Barrett (1996), at medicinere typisk vil tolke en patients handlinger som symptomer på en underliggende biologisk eller psykodynamisk deficit, hvorimod plejepersonalet typisk vil tolke de samme handlinger som adfærd, der skal fremkalde en respons (typisk fra plejepersonalet selv). Barretts eksemplificerer på denne måde, at et professionelt perspektiv redegør for en professionel gruppes typiske fortolkninger af deres kliniske erfaringer, samt at produktionen af klinisk viden kan adskille sig meget mellem psykiatriens faggrupper.

I forlængelse af Barretts argument beskriver Colombo et al. (2003) et konfliktfyldt samarbejde mellem forskellige faggrupper og lægfolk i distriktskykiatrien. Konflikterne optræder, fordi grupperne i deres indbyrdes samarbejde trækker på markant forskellige modeller for psykiatrisk lidelse og behandling. I studiet læser og kommenterer 100 personer fra fem forskellige grupper i distriktskykiatrien en case-beskrivelse af en person, der har en skizofrenisuspekt adfærd. Kommentarerne er derefter kodet i forhold til seks distinkte, formelle modeller for psykiatrisk lidelse og psykiatrisk behandling. Overordnet er der størst tilslutning til den biomedicinske model, der karakteriserer psykisk lidelse som en biologisk sygdom, og hvor klinikerne fortolker patientens tegn og symptomer på sygdom. Flere modeller konkurrerer imidlertid om anerkendelse og autoritet side om side med den biomedicinske. For eksempel eksisterer der en konflikt mellem lægernes præference for det biomedicinske perspektiv og socialrådgivernes præference for det psykosociale perspektiv, som blandt andet inkluderer et blik for patientens rettigheder. Sygeplejerskernes perspektiv er eklektisk, idet de trækker på elementer fra flere modeller, og de er udskældt af både læger og socialrådgivere for at være svære at arbejde sammen med – angiveligt på grund af det brede og intetsigende perspektiv (Colombo et al. 2003).

Griffiths studie af tværfaglige konferencer i distriktskykiatrien fremhæver, hvordan samarbejdsrelationerne påvirker produktionen af viden om patienterne (Griffiths 1997, 2001). Konferencerne bliver brugt til at gennemgå henvisninger af nye klienter og er vigtige for de menige teammedlemmer, da deres arbejdsbyrde delvist kan reguleres ved at acceptere, afvise eller udskyde henvisninger. Griffiths undersøger de tværfaglige konferencer hos to teams, hvor kun det ene har en mediciner tilknyttet. Under møder i teams uden mediciner dominerer psykosociale beskrivelser af patienterne, som bliver brugt til at sondre mellem 'alvorligt

sindssyge' og 'hårdt belastede'; henvisninger af den sidstnævnte slags udskydes eller afvises som malplacerede. Under konferencer i teams med en mediciner tilknyttet dominerer et medicinsk perspektiv på psykisk lidelse; dette perspektiv er forholdsvis mere inklusivt, idet alle henvisninger af patienter med en medicinsk-psykiatrisk lidelse tilbydes behandling. De menige medlemmer af teamet bruger under disse møder humor som en strategi til at underminere hierarkiet og modsætte sig eller svække det medicinske perspektiv (Griffiths 1998). Griffiths viser, hvordan henvisninger/patienter kategoriseres i forhold til mødets uformelle funktion, at kontrollere arbejdsbyrden, og i forhold til det spillerum, som samarbejdsrelationerne åbner for, nemlig om der er repræsentanter fra det dominerende medicinske perspektiv tilstede eller ej.

I de overnævnte studier af tværfagligt samarbejde fremhæves et hierarki og en konflikt mellem psykiatriens professionelle grupper, der under møderne har forskellige perspektiver på psykiatrisk lidelse og producerer forskelligartet klinisk viden. Den tværfaglige produktion af klinisk viden formes endvidere af mødets organisatoriske formål. Studierne indikerer altså, at de professionelle gruppers produktion af klinisk viden må analyseres i forhold til deres forskellige kliniske praktikker og perspektiver på psykisk lidelse. I den følgende analyse følges denne tese i et empirisk studie af produktionen af klinisk viden under tværfaglige behandlingskonferencer i to psykiatriske afdelinger.

Metode

Hospitalsafdelingerne og de tværfaglige konferencer

Feltstudiet foregik mellem januar 2002 og februar 2003 ved to psykiatriske 'skærmede' afdelinger på et dansk universitetshospital, Afdeling A og Afdeling B. Den officielle behandlingsfilosofi bag 'skærmning' er, at forpinte patienter skal gives tæt og måske konstant observation (skærmes) frem for mere drastiske sanktioner som f.eks. medicinsk, fysisk eller mekanisk tvang eller aflåsning af afdelingens hoveddør. Afdelingerne behandler voksne mennesker med alvorlige psykiske problemer, typisk skizofreni eller stemningsforstyrrelser. Begge afdelinger har 16 enestuer, og der er gennemsnitligt indlagt 14 patienter af gangen. Yderligere information om afdelingernes karakteristika er rapporteret andetsteds (Buus 2005).

På begge afdelinger bliver konferencen holdt om onsdagen og er planlagt til at vare omkring to timer. Konferencen bliver omtalt som 'behandlingskonference', og deltagerne er hospitalspersonalet: sygeplejersker, plejere, social- og sundheds-

assistenter, læger, en fysioterapeut, ergoterapeuter, socialrådgivere, en psykolog samt studerende og elever fra disse grupper. Endvidere deltager distriktssygeplejersker i diskussioner om patienter knyttet til deres arbejde i distriktet. Gennemsnitligt deltager 10-12 personer ved møderne i de to afdelinger.

Datakonstruktion og databehandling

Feltarbejdet i de to hospitalsafdelinger varede i hhv. seks måneder på Afdeling A og fire måneder på Afdeling B. Det empiriske materiale fra feltarbejdet omfatter: lydoptagelser af genkomne møder, tekster produceret af plejepersonalet, feltnoter baseret på deltagende observation af personalets kliniske hverdag, systematiske baggrundsinterviews af personale samt data om afdelingerne: blandt andet belægningsprocenter og indlæggelsestider.

Der er gennemført feltobservationer af tyve konferencer; elleve af disse foregår på Afdeling A. Tretten konferencer er lydoptaget; syv af disse optagelser er lavet på Afdeling A. Optagelserne er gennemlyttet, og der er skrevet resuméer af dem. To på hinanden følgende konferencer ved begge afdelinger er herefter udvalgt til transskription og detaljeret analyse; de er udvalgt efter lydoptagelsernes kvalitet, da ingen af konferencerne syntes at være specielt afvigende indholdsmæssigt. Lydoptagelserne er systematisk transskriberet af analysanden ved hjælp af et modereret konversations analytisk transskriptionssystem, der skal indfange dynamikken i interaktionerne i samtalerne ('tale-turene') og udvalgte karakteristika ved talen (Psathas 1990).

Data analyse og fortolkning

For at undersøge hvordan de forskellige professionelle grupper oparbejder og underbygger klinisk viden under de tværfaglige møder, bliver Norman Faircloughs diskursanalyse anvendt (Fairclough 1992). Faircloughs eklektiske tilgang er valgt, fordi den kombinerer en grammatisk tekstanalyse med en detaljeret mikro-sociologisk analyse af social interaktion og en makro-sociologisk analyse af større sociale strukturer. I den grammatiske tekstanalyse fremhæves den tekstlige organisering af de professionelle kliniske viden, hvilket giver indsigt i de professionelle videnssystemer. Faircloughs mikro-sociologiske analyse er inspireret af konversationsanalyse (Conversation Analysis), og derfor anvendes konversationsanalytiske teknikker til at beskrive, hvordan deltagerne gennem 'talk-in-interaction' orienterer sig mod den institutionelle kontekst (Drew & Heritage 1992,

Heritage 1997). Denne del af analysen giver detaljeret indsigt i de sociale og lingvistiske konventioner for en retorisk præsentation af redelig og professionelt velunderbygget klinisk viden samt i konferencernes konventioner for interaktioner. Fairclough adskiller sig fra den klassiske konversationsanalyse ved at opfordre til at inddrage etnografiske beskrivelser og fortolkninger af den bredere sociale kontekst i analysen. Fordelen er, at forståelsen, oparbejdet under feltarbejdet i afdelingerne, inddrages i analysen og giver den dybde. I den makro-sociologiske del af analysen foreslår Fairclough at inddrage sociologisk teori, der kritisk diskuterer de institutionelle ideologier og diskurser, som opererer gennem møderne. I analysen diskuteres mødernes konventionaliserede interaktioner i forhold til Dorothy Smiths feministiske 'institutionelle etnografi' (Smith 1987). Smiths teori bidrager, i overensstemmelse med Faircloughs position, med et kritisk perspektiv på bureaukratiske institutioners produktion af viden. Faircloughs tredimensionelle analyse fremhæver på denne måde organiseringen af den kliniske viden i sammenhæng med konventionerne for interaktionerne mellem mødedeltagerne.

Fund

Under de tværfaglige møder følger deltagernes interaktioner markant forskellige konventioner, som deltagerne orienterer sig mod. Disse konventioner for produktionen af klinisk viden er meget forskellige på de to afdelinger men er samtidig udtryk for den samme grundlæggende brist i kommunikationen mellem medlemmerne af de professionelle grupper.

Fælles for de to afdelinger er, at de tværfaglige konferencer er struktureret som formelle møder, hvilket vil sige, at der kan observeres signifikante skift i graden af formalitet ved det egentlige mødes begyndelse og ved afslutningen. Dette skifte markeres eksplicit af overlægen. Under den formelle del af mødet er der kun én samtale blandt deltagerne, ofte en forudbestemt taler, og patienternes situation (emnet) drøftes efter det samme mønster: Der indledes med en beskrivelse af patientens nutidige situation eller problemer i forbindelse med pleje/behandling af patienten; i det følgende benævnes denne indledende beskrivelse en 'primær redegørelse'. Efter en primær redegørelse er drøftelserne organiseret omkring korte og lange sekvenser med spørgsmål og svar, og diskussionen afsluttes af overlægen, der markerer at emnet lukkes ved hjælp af en konkluderende pointe. Dette mønster gentages i forhold til alle patienter, men udføres forskelligt i de to afdelinger.

I dette lille datauddrag giver en reservelæge en *primær redegørelse* for en patients situation, som tager udgangspunkt i en medicinsk forståelse af patientens tilstand. Redegørelsen er rettet mod personalet og er baseret på lægmandstermer¹.

Overlæge: Og så er der Peter

Reservelæge: Og det er lidt det samme på den måde, at vi holder mere og mere til – det er nok ikke en depression. Men vi skal lige have nogle flere dage til at udelukke, at han ikke reagerer med egentlige depressive syndromer, når han bliver belastet. Det vi kan fornemme, det er, at han bliver bedre og bedre, og så skal vi passe på ikke at presse ham for meget, sådan at han lige pludselig smutter i 'Rasmus Modsat'. Så støt ham i voksenaktiviteter og i at begynde at komme hjem så meget som muligt. Og så skal vi finde ud af, hvordan vi følger op på, at retningen er den rigtige, når han bliver udskrevet; om det skal være Center for Selvmordsforebyggelse, eller det kan være en psykolog med samtalerapi. Og der skal vi lige snak med en sagsbehandler om, hvordan de er indstillet på – om de vil bevillige ham ti samtaler ved kommunen.

Barrett (1996) mener, at en situation som denne, hvor klinikere taler med lægmandstermer, er typisk og udtryk for et forsøge på at bygge bro mellem de professionelle gruppers faglige perspektiver.

I Afdeling A bliver samtaler altid initieret af overlægen, der altid tager første tale-tur eller tildeler denne tale-tur til en anden deltager. I disse tilfælde er det typisk en anden mediciner, der får ordet; plejepersonalet får sjældent ordet på dette tidspunkt, og kun når det medicinske personale ikke har nyt at bidrage med. Efter den medicinske primære redegørelse, der er centreret omkring behandling og planlægning af behandlingsforløb, følger længere sekvenser struktureret omkring spørgsmål til medicineren fra de eksterne mødedeltagere, som ikke er del af den daglige pleje (distriktssygeplejerske, socialrådgiver, fysioterapeut, psykolog). Afdelingens interne plejepersonale er kun sjældent engageret ved at stille spørgsmål, men deltager med korte redegørelser, hvis de spørges direkte.

De interaktionelle meningsudvekslinger i spørgsmål og svar sekvenserne bliver næsten altid fortolket ved hjælp af reformuleringer og afsluttet af det medicinske personale, som i denne forstand kontrollerer både interaktionerne og fortolkningsprocesserne. Oftest er reformuleringerne af plejepersonalets konkrete beskrivelser reduceret til mere generelle termer for sygdom og behandling.

I dette lille datauddrag illustreres, hvordan en ergoterapeuts erfaringsnære beskrivelse af sit daglige arbejde med en patient reformuleres af overlægen:

Socialrådgiver: Han står op og spiser morgenmad og går med dig?

Ergoterapeut: Ja, han drikker kun kaffe

Socialrådgiver: Ja, ok, men alligevel?

Ergoterapeut: Altså, han kommer op til morgenmødet sådan stort set, og så drikker vi kaffe, og så går vi over, og så arbejder vi med noget undervisning fra Amtsskolen og lidt spil og sådan noget

Sygeplejerske: Ja, nu får han da middagsmad i det mindste

Ergoterapeut: Ja, det gør han

Overlæge: Han får en døgnrytme, som vi andre kan lide, så han selv kan føle sig mere normal, ikke?

I Afdeling B har man besluttet, at de primære redegørelser skal præsenteres af plejepersonalet, og en ordstyrer fra plejepersonalegruppen giver (for det meste efter signal fra overlægen) ordet til det pågældende medlem af plejepersonalet. Man har endvidere i plejegruppen for nyligt besluttet, at patientens kontaktperson forud for konferencen skriver en redegørelse af patientens nuværende situation ned, idet man mener, at plejepersonalets bidrag til konferencerne hidtil har været for spinkelt. Denne beslutning fører til, at plejepersonalets primære redegørelse hyppigt tager form som staccato oplæsninger af relativt korte stenograferede beskrivelser af patientens hverdag, idet kontaktpersonen ikke nødvendigvis selv deltager i mødet. Under denne primære redegørelse beder overlægen ofte om patientens journal og begynder at læse den og/eller hvisker om den med andre medicinere; det medicinske personale vier ikke plejepersonalets redegørelse fuld opmærksomhed. Efter personalets primære redegørelse initierer det medicinske personale spørgsmål og svar sekvenser i forhold til redegørelsen eller giver en ny redegørelse uden forbindelse til plejepersonalets. Spørgsmål til plejepersonalet bliver ofte fulgt af forarmede eller undvigende svar, til trods for at plejepersonalet ofte også konsulterer deres monofaglige optegnelser, kardex, som led i besvarelsenerne. Kardex indeholder nemlig kun sjældent den type klinisk viden, som efterspørges af medicinerne.

Emnerne bliver afsluttet, når en mediciner, typisk overlægen, sammenfatter diskussionen. I modsætning til konventionerne i Afdeling A laver medicinerne ikke mange små hyppige reformuleringer undervejs i diskussionerne; der opsummeres og reformuleres for det meste kun som led i afslutningen af emnet.

Da de primære redegørelser laves af to forskellige professionelle grupper ved de to afdelinger, hhv. medicinere og plejepersonale, bliver spørgsmål og svar sekvenserne, der er vigtige for diskussionernes struktur rettet mod hver sin profes-

sionelle gruppe. Ved Afdeling A rettes spørgsmål mod medicinere; ved Afdeling B rettes spørgsmål mod plejepersonalet. At plejepersonalet i Afdeling A ikke deltaget synderligt i debatterne, og at medicinerne i Afdeling B ikke giver plejepersonalets redegørelser fuld opmærksomhed peger på en kommunikativ brist i disse grupperes samarbejde. Endvidere indikerer autoriteten, hvormed det medicinske personale handler, at samarbejdsrelationerne finder sted indenfor et professionelt hierarki domineret af det medicinske personale.

Diskussion

Analysen indikerer et tydeligt brud i kommunikationen mellem de professionelle grupper. Ud fra feministen Dorothy Smiths 'Institutionelle etnografi' (Smith 1987) vil sammenhængen mellem bruddet og den institutionelle kontekst blive diskuteret. Smiths marxistiske udgangspunkt er, at erfaringer skabes gennem sociale relationer, der opretholdes af sociale praktikker. Institutioner konstitueres af sæt af formålsrettede sociale relationer, og ifølge Smith er det helt særlige kendetegn ved bureaukratiske institutionelle praktikker, at de abstraherer og transskriberer hverdagens partikulære erfaringer til mere generelle, ideologiske/diskursivt informerede former. De bureaukratiske institutioner fungerer således på basis af en tekstligt medieret virkelighed, og hverdagens partikulære erfaringer bliver gjort usynlige i den bureaukratiske styring af institutionerne. Den institutionelle abstraktion betyder, at personale må arbejde med en spaltet bevidsthed, hvor de skifter mellem en orientering mod hverdagen og en orientering mod en abstraheret bureaukratisk verden; skiftet indebærer forandrede tærskler for relevans, opmærksomhed, hukommelse mm.

I psykiatriens institutioner produceres klinisk viden om alle patienter, men på grund af den specialiserede kliniske arbejdsdeling foregår denne produktion af klinisk viden ikke ens i psykiatriens faggrupper. Det medicinske personales hverdage er relativt højt struktureret omkring faste møder med klinikere og samtaler med patienter, der hovedsageligt foregår adskilt fra hverdagen i afdelingen: morgenkonference, middagskonference, forstuegang, stuegang, samtaler med patienter osv. Disse møder er relativt korte og foregår ofte med et specifikt institutionelt formål som f.eks. diagnosticering, fastlæggelse af behandlingens effekt, eventuel ændring af behandlingsplaner mm. For det kliniske plejepersonales er hverdagen relativt ustruktureret med færre faste møder; hverdagen er betinget af en strøm af hændelser i afdelingsmiljøet, som der nødvendigvis må handles i forhold til, jf.

(Hak 1999). Det er derfor ofte svært for plejepersonalet at afbryde arbejdet for at gå til et formelt møde, og personalet kommer ofte lige til eller efter mødets start. Endvidere betyder skifteholdsarbejde, at hovedparten af det kliniske plejepersonale ikke har faste rytmer i forhold til de overordnede kliniske beslutningsprocesser, der i altovervejende grad finder sted i dagvagterne på hverdage. Derfor skifter deltagerne fra plejepersonalegruppen fra konference til konference.

Det at holde et ugentligt, fast planlagt møde i to timer sidst på formiddagen på en hverdag ligger i forlængelse af de praktikker, som deltagere med flest fast planlagte aktiviteter ellers har, og det promoverer disse grupperes mødedeltagere og mødedeltagelse.

Den medicinske diskurs dominerer i den bureaukratiske psykiatriske institution. Medicinske diagnoser bruges som del af institutionens administrative styringsredskaber, og en række af de institutionelle vidensproducerende praktikker er organiseret omkring en medicinsk diskurs. For eksempel forudsætter en indlæggelse et medicinsk diagnostisk interview, og medicinerens efterfølgende forslag til diagnoser føres ind i det administrative systems statistikker. Det er karakteristisk, at en signifikant del af medicinernes kliniske praktikker systematisk former deres erfaringer med patienterne. I hverdagen sker en væsentlig del af produktionen af klinisk viden ved hjælp af strukturerede vurderinger som for eksempel diagnostiske tests, indlæggelsessamtaler, strukturerede krav til behandlingsplaner mm., og denne kliniske viden forhandles og forfines i formaliserede møder i det medicinsk/administrative kollektiv, under klinikker, konferencer mm. Det kliniske arbejde er derfor i høj grad forhåndsstruktureret til at producere abstraheret klinisk viden, der både anvendes i det kliniske arbejde og i de bureaukratiske-administrative systemer.

Som resultaterne fra diskursanalysen indikerer, er den medicinske oparbejdning af klinisk viden tydelig i interaktionerne mellem det medicinske personale og det kliniske plejepersonale. Den medicinske diskurs dominerer de tværfaglige møder på afdelingerne gennem en medicinsk organisering af klinisk viden i case præsentationerne og gennem de interaktioner der, kontrolleret af det medicinske personale, reorganiserer diskussionernes emner. I kraft af at den medicinske diskurs og den formålsrationelle bureaukratiske administration er sider af samme sag, promoveres det medicinske perspektiv under de tværfaglige konferencer, og det tværfaglige 'samarbejde' omkring kliniske beslutninger omskrives gennem dette perspektiv. De tværfaglige møder er altså ikke ligeværdige og magt-tomme møder, hvor forskellige professionelles erfaringer med psykisk syge frit udveksles. Mødet fungerer som en del af de bureaukratiske praktikker, der producerer

abstrakt medicinsk klinisk viden, der også kan bruges i administrationen af institutionen.

Det kliniske plejepersonales daglige praktikker er, i modsætning til medicineres praktikker, ikke i noget særligt omfang sammenflettet med de bureaukratiske-administrative praktikker. For eksempel skal plejepersonalet føre optegnelser, kardex, så deres faglige kunnen objektiviseres, men i modsætning til den medicinske journal føres viden fra kardex ikke systematisk videre rundt i institutionen, denne 'sygeplejefaglige' kliniske viden cirkuleres næsten udelukkende blandt plejepersonalet. Sygeplejerskernes optegnelse indeholder heller ikke fuldt abstraheret viden, men består næsten udelukkende af kontekst-afhængige beskrivelser, der er meget anvendelige i forhold til at skabe forudsigelighed og kontinuitet i den konkrete hverdag i afdelingerne (Buus 2005). Det sygeplejefaglige perspektiv på klinisk viden er i denne forstand snævert forbundet med sygeplejerskernes oplevelse af en strøm af konkrete og personbundne oplevelser i hverdagen og til løsningen af konkrete kliniske problemstillinger.

Plejepersonalet har, gennem Smiths optik, svært ved at 'spalte' deres bevidsthed og abstrahere deres hverdagsorientering; det er nemlig ikke relevant eller nødvendigt i en klinisk hverdag, og der er ikke bureaukratiske-administrative praktikker, der fremtvinger en systemiseret abstraktion. Problemerne med at fremme en systematisk abstraktion kan, ud over at være unødvendigt i det daglige arbejde, være forbundet med, at psykiatriske sygeplejehandlinger ikke er særligt højt teoretiseret (Barrett 1996, May & Kelly 1982). Derfor har personalet ikke præcise faglige kategorier til rådighed til at lave abstrakte beskrivelser, der kunne fungere som et muligt alternativ til den dominerende medicinske diskurs.

I Afdeling A kan plejepersonalets relative tavshed derfor tolkes som en manglende abstraktion af deres kliniske erfaringer i forhold til den dominerende medicinske diskurs, og opgaven overtages af det medicinske personale, der oversætter beskrivelser af konkrete begivenheder til abstrakte medicinske termer. I Afdeling B slider plejepersonalet med at opsummere og abstrahere deres erfaringer i et omfang, der får overlægen til at søge 'systematisk' klinisk viden i journalen (til trods for, at det er et tydeligt brud for konventionerne for et formelt møde at fjerne opmærksomheden fra den fælles diskussion). Plejepersonalet står med andre ord udenfor de institutionelle beslutningsprocesser til trods for, at de i deres daglige arbejde medierer abstraheret viden og de situerede og konkrete realiteter, den abstraherede viden nødvendigvis må være baseret på. Den direkte konsekvens af bristen i kommunikationen mellem de professionelle grupper under de tværfaglige behandlingskonferencer er på den ene side, at den medicinske stemme

forbliver enerådende i konferencens bidrag til den overordnede institutionelle oparbejdelse af klinisk viden om patienten, og på den anden side, at plejepersonalets stemme og kliniske, hverdagsorienterede viden gøres 'tavs' (Parker & Gardner 1991), og deres indflydelse i denne sammenhæng minimeres.

Afslutning

I denne artikel er en brist i kommunikationen under de tværfaglige møder fremhævet som en konflikt i det tværfaglige samarbejde; forskellige institutionelle praktikker skaber forskellige erfaringer, som har forskellig gennemslagskraft under de tværfaglige konferencer. Grupperne med størst tilknytning til det bureaukratiske system, især medicinen, promoveres af denne samarbejdsform, og medicinere kontrollerer autoritativt samarbejdsrelationerne og produktionen af abstraheret klinisk viden. Analysen indikerer entydigt, at der ikke konstrueres et fælles 'team narrative' under konferencerne; der er ingen egentlig synergi-effekt mellem flere markant forskellige professionelle perspektiver. Den kliniske arbejdsdeling fører til, at gruppernes har forskellige relevanstærskler i forhold til at rapportere 'signifikant' klinisk viden. Disse tærskler adskiller sig markant, og mange af deltagerne fra alle faggrupper keder sig under møderne, hvor de ikke får eller producerer den viden, de mener, der er brug for.

Noter

1. For at øge læsbarheden har jeg fjernet de konversationsanalytiske transskriptionssymboler i uddraget. Det ændrer ikke ved den pointe, uddraget skal pointere.

Litteratur

- Barrett, R. J. 1996 *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia* Cambridge university press, Cambridge.
- Busfield, J. 2000 "Introduction: Rethinking the sociology of mental health", I: *Sociol. Health Illn.*, vol. 22, no. 5, pp. 543-558.
- Buus, N. 2005 *Communication among mental health nurses. A field study of mental health nursing practices*, PhD thesis, University of Southern Denmark.
- Colombo, A., Bendelow, G., Fulford, B., & Williams, S. 2003 "Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within

- community-based multi-disciplinary teams", I: *Soc.Sci.Med*, vol. 56, no. 7, pp. 1557-1570.
- Drew, P. & Heritage, J. 1992 "Analysing talk at work: an introduction," I: *Talk at work: Interaction in institutional settings*, P. Drew & J. Heritage, eds., Cambridge University Press, Cambridge, pp. 3-65.
- Fairclough, N. 1992 *Discourse and social change* Polity Press, Cambridge.
- Griffiths, L. 1997 "Accomplishing team: teamwork and categorisation in two community mental health teams", I: *The sociological review*, vol. 45, pp. 59-78.
- Griffiths, L. 1998 "Humour as resistance to professional dominance in community mental health teams", I: *Sociol.Health Illn.*, vol. 20, no. 6, pp. 874-895.
- Griffiths, L. 2001 "Categorising to exclude: the discursive construction of cases in community mental health teams", I: *Sociol.Health Illn.*, vol. 23, no. 5, pp. 678-700.
- Hak, T. 1999 ""Text" and "con-text"": Talk bias in studies of health care work," I: *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings*, S. Sarangi & C. Roberts, eds., Mouton de Gruyter, Berlin, pp. 427-451.
- Heritage, J. 1997 "Conversation analysis and institutional talk," I: *Qualitative research. Theory, method and practice*, D. Silverman, ed., Sage, London, pp. 161-182.
- May, D. & Kelly, M. P. 1982 "Chancers, pests and poor wee souls: problems of legitimation in psychiatric nursing", I: *Sociol.Health Illn.*, vol. 4, no. 3, pp. 279-301.
- Opie, A. 1997 "Thinking teams thinking clients: issues of discourse and representation in the work of health care teams", I: *Sociol.Health Illn.*, vol. 19, no. 3, pp. 259-280.
- Parker, J. & Gardner, G. 1991 "The silence and the silencing of the nurse's voice: a reading of patient progress notes", I: *Aust.J.Adv.Nurs.*, vol. 9, no. 2, pp. 3-9.
- Psathas, G. & Anderson, T. 1990 "The 'practices' of transcription in conversation analysis", I: *Semiotica*, vol. 78, no. 1/2, pp. 75-99.
- Reisby, N. 1994 "Klassifikation," I: *Klinisk psykiatri*, 1 edn, R. Hemmingsen et al., eds., Munksgaard, København, pp. 587-624.
- Siegler, M. & Osmond, H. 1974 *Models of madness, models of medicine* MacMillan Publishing Co., New York.
- Smith, D. E. 1987 *The everyday world as problematic. A feminist sociology* Northeastern University Press, Boston.