

Tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helsesektoren



Kommentar og debatt

Kronikken beskriver erfaringer vedrørende kompetanseutvikling og arbeidsform i et samarbeidsprosjekt mellom helsesektoren og kultursektoren. Målsettingen i prosjektet var å produsere en video til bruk for pårørende i psykiatrien.

Erfaringer fra ulike faser i prosjektet blir beskrevet og drøftet i lys av kompetansebegrepene – fagspesifikk, overlappende og felles basiskompetanse. Fagspesifikk kompetanse følger profesjons- eller fagutdanning. Overlappende kompetanse sees når personer med ulik fagbakgrunn har felles kunnskap innen et område. Felles basiskompetanse kan man både ha før samarbeidet begynner eller utvikle sammen underveis. Som eksempler kan nevnes holdninger, etikk og språk.

Tverrfaglig samarbeid kan være vanskelig og utfordrende (1). Innenfor helsevesenet er det tradisjon å samarbeide tverrfaglig mellom ulike helseprofesjoner (lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut) og personer med sosialfaglig og/eller pedagogisk bakgrunn. I et prosjekt med målsetting om å lage en informasjonsvideo for pårørende har vi samarbeidet med personer fra kultursektoren.

Vi vil beskrive erfaringer vedrørende kompetanseutvikling og arbeidsform i prosjektet. På bakgrunn av disse erfaringer har vi videreutviklet en teoretisk modell om tverrfaglig samarbeid (2).

Målsettingen med videoprojektet var å bedre tilbudet til pårørende i psykiatrien. Videoprojektet er en del av et større prosjekt: «Pårørendeinformasjon» som er organisert med prosjektledelse, styringsgruppe og fleksible arbeidsgrupper. Oppstart var våren 2000 med avslutning i 2003.

I prosjektet har vi samarbeidet nært med pårørende, men erfaringer og diskusjon vil bli avgrenset til samarbeidet mellom de profesjonelle aktørene fra kultursektoren og helsesektoren. Erfaringene baserer seg på dagbok ført av førsteforfatter som var prosjektleder.

Tverrfaglig samarbeid – begrepsavklaringer og modeller

Hva kjennetegner et fag?

Det som kjennetegner et fag er: «kombinasjonen mellom virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi som danner grunnlaget for kunnskapsbasen in-

Elsa Stiberg

elsa.stiberg@hitos.no
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Tromsø
MH-bygget
9293 Tromsø

Reidun Olstad

Nord-Norsk Psykiatrisk Forskningscenter
Universitetssykehuset Nord-Norge, Åsgård
9291 Tromsø

nenfor faget, og som dermed også kan sies å definere faget» (3). Fagene representerer forskjellige perspektiver å betrakte, forklare og forstå virkeligheten på, med de begrensninger dette innebærer.

Tverrfaglighet

I diskusjonen om samarbeid mellom fag opptrer begrepene flerfaglighet, tverrfaglighet og fellesfaglighet (1). Begrepene kan illustreres som modeller på ulike steder langs en akse der ytterpunktene representerer henholdsvis total atskillelse av fagene og total sammensmelting av fagene (fig 1) med tverrfaglig samarbeid i en mellomstilling.

Kompetanse

Vår tenkning tar utgangspunkt i synspunkter som fremkommer i en utredning om kompetansekrav for arbeid innen psykisk helsevern (2). Kompetansebegrepet blir der beskrevet som integrasjon mellom kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Kompetanse kan beskrives generelt, eller i forhold til enkeltoppgaver/funksjoner (oppgave- eller funksjonsspesifikk kompetanse). En tverrfaglig modell kan romme ulike områder for kompetanse. Den *fagspesifikke kompetansen* illustreres ved at alle medlemmene har med seg sin egen spesielle profesjonsvinkling og fagutdanning inn i teamet. Med *overlappende kompetanse* menes at to eller flere medlemmer har kompetanse på samme felt. For eksempel vil både psykiater og psykolog ha overlappende kompetanse i forhold til diagnostikk. *Felles basiskompetanse* vil være den kompetansen som deles av alle eller de fleste i teamet. Dels er kompetansen til stede idet teamet sammensettes, dels må kompetansen opparbeides og utvikles i det totale tverrfaglige teamet som felles utgangspunkt å jobbe ut fra. Felles basiskompetanse kan dreie seg om holdninger, etikk, relasjonskompetanse, språk, samarbeidskompetanse,

kunnskap om overordnede lover og regelverk, psykiatristforståelse etc. (4). Både innenfor basiskompetanse, overlappende kompetanse og fagspesifikk kompetanse kan det finnes ulike nivåer hos deltakerne (5).

I tverrfaglig samarbeid vil de som inngår i kunnskapsinnhentingen se det som sin oppgave å lage syntesen av ny kunnskap/kompetanse sammen (6). Larsen fremhever at ved tverrfaglig samarbeid skjer det en integrasjon av andre faggruppers grunnlag og viten, og ny viten og nye holdninger oppstår. Dessuten vil medlemmene i det tverrfaglige samarbeidet ha en oversikt over helheten, men beholde en høy grad av faglighet innen hver yrkesgruppe (3).

Tverrfaglighet som arbeidsform

Vårt utgangspunkt er at tverrfaglig samarbeid ikke er et mål i seg selv, men et middel for å nå et mål bestemt ut fra oppgavens art og grad av kompleksitet.

Erfaringer i prosjektet så langt

Vi har valgt å dele våre erfaringer om samarbeidsprosessen i videoprojektet i faser:

- Kontaktskapende fase
- Forhandlingsfasen
- Arbeidsfasen
- Avslutningsfasen

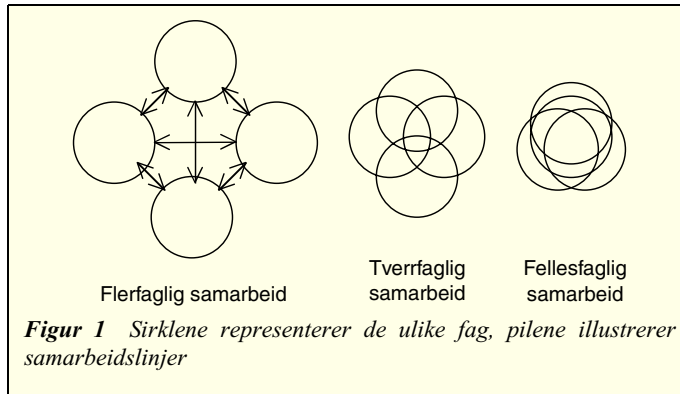
Arbeidet er ennå ikke avsluttet. Vi konsentrerer oss om de tre første fasene i samarbeidsprosessen.

Utgangspunkt

I forprosjektfasen ble en planleggingsgruppe dannet. Alle hadde tilhørighet i psykiatrien, erfaring i tverrfaglig samarbeid innen egen sektor og kjente hverandres faglige ståsted. Yrkesgruppene var henholdsvis psykiater, psykiatrisk sykepleier, pedagog, ergoterapeut og sosionom. Mål og innhold i videoene og behov for kompetanse i det videre arbeid ble definert. Prosjektledelsen ønsket medarbeidere fra psykiatrien med erfaring og fagkunnskap om pårørendes problematiske situasjon. Fra kultursektoren ønsket vi ressurspersoner med faglige og mellommeneskelige kvalifikasjoner som kunne formidle de pårørendes uttrykk audiovisuelt på en følsom og kunstnerisk måte. I tillegg ønsket vi at alle skulle ha arbeids- og livserfaring og trening i samarbeid med andre yrkesgrupper.

Fase I – kontaktskapende fase

Fasen var preget av planlegging og forarbeid for å etablere en fullverdig arbeidsgruppe/team. Prosjektleder kontaktet videoprodusenter,



Figur 1 Sirklene representerer de ulike fag, pilene illustrerer samarbeidslinjer

og fikk tilbud fra to. En forfatter som har arbeidet med temaet pårørende (bok, video, teater) ble kontaktet og ville delta. Kontakten med kultursektoren gjorde at vi fra helsesektoren måtte skaffe oss ny kunnskap om kontraktinngåelse og opphavsrettighets spørsmål.

Fase II – forhandlingsfase

Vi ble her enige om premissene for deltakelse – plikter og rettigheter for de enkelte medlemmer ble definert. I utgangspunktet bestod teamet av psykiatrisk sykepleier, to psykiater og sosionom. Alle var erfarne fagfolk med samme arbeidsplass, og kunne delta fleksibelt uten ekstra godtgjørelse.

Formaliserte avtaler var nødvendige med de to som ikke kom fra psykiatrifeltet. De var selvstendige næringsdrivende og ikke tilgjengelige på samme måte som oss som jobbet i fagfeltet. Avtalene ble forskjellige i forhold til hvor mye de skulle delta og på hvilke premisser. Kontrakten med videoprodusenten var mest omfattende. Han hadde eget budsjettansvar og ansvar for å leie inn medarbeidere fra kulturretaten etter hvert som prosjektet skred frem. Tidsrammen var også kontraktfestet.

Å ha med fagfolk uten psykiatrisk spesialkompetanse ble vurdert som en styrke. Vi håpet de lettere kunne se det aktuelle tema fra pårørendes synsvinkel og hjelpe oss å

ivareta at temaer som ble tatt opp, var relevante for pårørende og at språkbruk ble holdt på et allminnelig nivå.

Fase III – arbeidsfase

Teamet etablerte en felles forståelse av mål og målgruppe i prosjektet og format (lengde, innhold) på videoene.

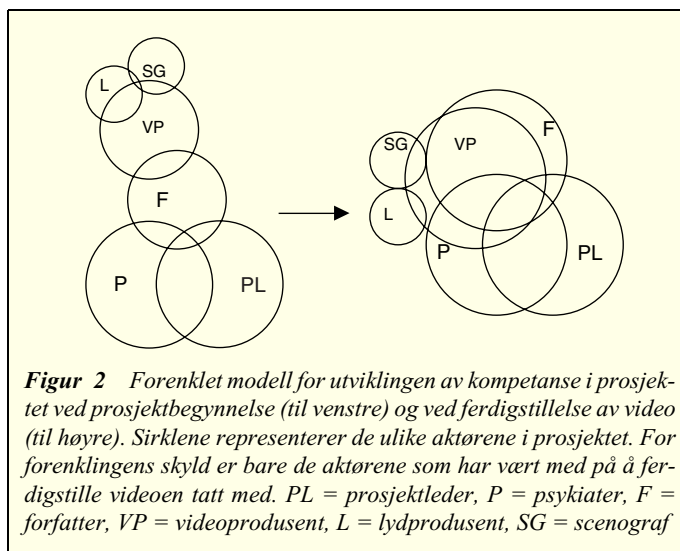
Første utfordring var å opparbeide felles basiskompetanse. Videoprodusenten hadde minst erfaring og ønsket tid til å sette seg inn i fagområdet psykiatri.

Det innebar samtaler og møter med fagfolk, pårørende og pasienter. Forfatter kjente fagområdet nok til å kunne starte med arbeidsoppgavene. Fasen ble oppfattet som lang for de andre medlemmene av teamet og tidsplanen sprakk.

Parallelt med at videoprodusenten arbeidet med å sette seg inn i fagområdet, startet teamet tematiserings- og manusarbeid. Hvordan vi skulle intervju og spørre pårørende om deres situasjon, om vi skulle ha fagmanus, hvem som skulle intervjues, er eksempler på diskusjonstemaer i teamet. I begynnelsen hadde vi formaliserte møter med hele teamet. Dette var tid- og ressurskrevende, og etter hvert arbeidet vi mer uformelt. Det kunne være møter, telefonkontakt eller elektronisk post med to eller flere fra teamet. Prosjektleder var med på eller orientert om denne kontakten. Videoprodusent ønsket regelmessige møter med prosjektleder hvor psykiatri som fag, pårørende i psykiatrien, bruk av video i opplysningsøyemed, budsjett og tidsplan ble utdypet. Forfatter og videoprodusent hadde også et tett samarbeid.

Parallelt med manusarbeidet hadde vi kontakt med pårørende som enkeltfamilier/medlemmer og i form av fokusgrupper, en intervjuemetode som blir brukt for datainnsamling innen kvalitativ forskningstradisjon (7). Som referansegrupper/diskusjonspartnere brukte prosjektleder egne kolleger og prosjektgruppen for pårørendeprojektet.

Under arbeidsprosessen bestemte vi at det ikke skulle skrives detaljert manus for videoen før opptakene. Det ble laget et «synopsis», en disposisjon med temaer. En erfaren filmregissør var også med på dette arbeidet. Forfatter skulle brukes til å intervju dem som skulle være med i filmen. Temaene ble brukt som huskeliste, i tillegg var hun lydhør for det de pårørende selv brakte på banen. Pårørende og fagfolk ble kontaktet med spørsmål om å delta. Prosjektleder, forfatter og videoprodusent var aktive i prosessen. Under innspillingen var videoprodusent og



Figur 2 Forenklet modell for utviklingen av kompetanse i prosjektet ved prosjektbegynnelse (til venstre) og ved ferdigstilling av video (til høyre). Sirklene representerer de ulike aktørene i prosjektet. For forenklingens skyld er bare de aktørene som har vært med på å ferdigstille videoen tatt med. PL = prosjektleder, P = psykiater, F = forfatter, VP = videoprodusent, L = lydprodusent, SG = scenograf

Tabell 1 Karakteristika ved ulike samarbeidsmodeller

	Flerfaglig samarbeid	Tverrfaglig samarbeid	Fellesfaglig samarbeid
Ideologi/tenkning	Aktørene kjenner hverandres fag til en viss grad, men har lite felles utveksling av teorier og metoder, arbeider ved siden av hverandre i atskilte fagområder	En del felles tenkning, men åpenhet for forskjellige teorier og arbeidsmetoder. Forskjeller er tematisert og sees på som en styrke	Felles viten/ideologi/teori, forståelse og metoder viktigst. Helhetssyn dominerer. Forskjeller ikke tematisert – sees til dels på som truende
Arbeidsdeling	Gjør hver sin oppgave på hver sitt sted på hver sin måte	Fleksibel. Arbeider delvis sammen alle sammen, delvis to og to, delvis alene	Alle gjør det samme på mest mulig samme måte
Holdninger til samarbeid	«Jeg arbeider gjerne sammen med andre, men har ikke tid til så mange møter»	«Vi arbeider sammen der det er hensiktsmessig»	«Å arbeide sammen er eneste arbeidsform»
Kommunikasjonsform	Skriver brev, rekvirerer tjenester av hverandre, lite felles møter	Enkelte felles møter	Mange felles møter

forfatter sentrale, med hyppig kontakt med prosjektleder og psykiater/veileder.

Etter hvert kom andre personer fra kultur-etaten (bildekunstner, grafisk designer og musiker/komponist) inn i tillegg til de faste medlemmer i teamet. Videoopptakene skulle systematiseres, klippes og redigeres. Fagfolkene fra psykiatrien måtte inn på video-produsentens «arena» og lære nytt. Vi ble konfrontert med – foruten nevnte fagfolk – elektronisk redigeringsutstyr, teorier om oppbygging av sekvenser, dramaturgi osv. Redigeringsarbeidet var krevende. Nytt i denne perioden var at videoprodusent gav uttrykk for at han savnet et mer detaljert skriftlig fagmanus, som han kunne brukt som arbeidsredskap underveis i prosessen. Dette ville vært til hjelp i forhold til opptak og spesielt under redigeringsarbeidet.

Refleksjoner/diskusjon

Kompetanse

Det å ha et begrepsapparat og en modell for tverrfaglig samarbeid og områder for kompetanse var til hjelp i samarbeidsprosessen. Det gav oss en forståelse av prosessen og hjalp oss til å akseptere og tolerere at tidsplanen sprakk. Vår tenkning påvirket også viktige valg i prosjektet, bl.a. om ikke å skifte videoprodusent før produksjon av neste video, fordi han allerede hadde tilegnet seg nødvendig basiskompetanse.

Alle deltakerne i arbeidsgruppen måtte ha en viss basiskompetanse i psykiatri for å delta i prosjektet. Det var mindre bevissthet om hvilken basiskompetanse kulturetaten måtte tilføre arbeidsgruppen. Behovet for basiskunnskaper på dette feltet ble først påtrengende da arbeidet med klipping og regissering startet. Læringsprosessen bølget begge veier og var nødvendig og berikende. Alle deltakerne i teamet satt ikke igjen med samme totale nye basiskompetanse.

Vår erfaring i prosjektet var at jo mer erfaring og jo tryggere de enkelte var innen sitt spesifikke fagfelt, desto hurtigere og mer effektivt gikk samarbeidet og fremdriften i

prosjektet. Alle trår inn i sine respektive fagområder som noviser. Gjennom erfaring, tillegning av ny kunnskap, veiledning og diskusjoner med andre trygges egen praksis, og opparbeidet personlig kompetanse kan overføres til ny problematikk (8).

Overlappende kompetanse var av betydning både innenfor og på tvers av de to sektorene. Fagfolkene innen psykiatrien hadde overlappende kompetanse i psykiatri, på kultursiden hadde deltakerne overlappende kompetanse på visualisering av uttrykk. Dette gjorde prosjektarbeidet mer fleksibelt og mindre tidkrevende. Sektorovergrepene og overlappende kompetanse fantes innenfor relasjonsområdet (følsomhet til tema, kommunikasjon og tolking av pårørendes uttrykk). Relasjonskompetansen fagfolk fra psykiatrien har, kan sammenliknes med den varhet og sensibilitet som de fra kultursektoren har gjennom sine spesielle kunstneryrker. Samarbeidskompetanse var også en overlappende kompetanse, og i prosjektet så vi nivåforskjeller. Variabler av betydning var arbeidserfaring generelt, fagspesifikk kompetanse og personlig kompetanse (5). Vi har forsøkt å illustrere hvordan kompetanseforholdene utviklet seg (fig 2).

Arbeidsform

Tverrfaglig samarbeid må ta hensyn til at rammer, betingelser og strukturer må ligge til rette (3). Tydeligere avklaring av ansvarsområder ved oppstart kunne kanskje vært tidsbesparende. For mange fastlagte rammer kan virke hemmende på kreativitet og nyskaping.

Larsen (3) drøfter fordeler og ulemper ved tverrfaglig arbeid, herunder problemer i forhold til faglig autonomi. Diskusjonen om fagmanus kan sees i lys av dette. Initialt ønsket ikke videoprodusenten dette ut fra at det kunne virke hemmende, men i ettertid etter spurte han det. Mens han i starten ønsket stor grad av autonomi, ønsket han senere sterkere psykiatrifaglige råd.

Det er lett for erfarne medarbeidere å glemme at nykommere som skal inn i faget

kommer fra en annen virkelighet og lett kan bli overveldet. Fagfolk uten psykiatrbakgrunn har ikke et støtteapparat med veiledning og diskusjoner med kolleger i ryggen. Fleksibilitet i møtrefrekvens og sammensetning er viktig da alle ikke hadde samme behov. Alle kan ikke få med seg alt i et prosjekt.

Vi tror at erfaringene vi har diskutert representerer generelle fenomener som er overførbare til andre situasjoner, selv om det å arbeide målrettet og under tidspress i et prosjekt gjør at problemområder kommer raskt i sentrum og eventuelt aksentueres. Vår tenkning om tverrfaglig samarbeid, er oppsummert i tabell 1 som kan betraktes som en videreføring av tenkningen presentert av Larsen (3).

Samarbeid på tvers av fag- og sektorgrenser er interessant, spennende og utfordrende både faglig og personlig. Det krever at deltakerne tør å gå inn på nye områder hvor egen fagidentitet og evne til nytenkning blir satt på prøve. Vår erfaring er at noen liker det godt, andre liker det mindre og kan velge å bli mer perifere i en slik prosess.

Litteratur

1. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi. Oslo: Tano, 1994.
2. Kompetansebehov i psykisk helsevern, Statens helsetilsyns utredningsserie 4–2001. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
3. Larsen E. Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid i og med barnevernet. Norges Barnevern 1994; 1: 4–9.
4. Bratt N. Forskellige faggrupper og deres samarbeide omkring syge mennesker. Sygeplejersken 1984; 37: 4–7.
5. Illeris K. Hvilke kvalifikasjoner kan prosjektarbeid gi elevene/studentene? Unikoms skriftserie, rapport nr. 8 1995. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1995: 21–7.
6. Keiser L, Lund MA. Supervision og konsultation. København: Munksgaards forlag, Sosialpædagogisk bibliotek, 1986.
7. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Kap. 5. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
8. Skau GM. Gode fagfolk vokser ... personlig kompetanse som utfordring. Kap. 3. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 1998.

○