

Klinisk sygepleje- fagligt lederskab



**Af Marianne Eilsø Munksgaard; cand. pæd. i generel pædagogik,
lektor ved sygeplejerskeuddannelsen, UCSJ**

Indledning

I formålet med sygeplejerskeuddannelsen anno 2016 er det fremhævet, at den uddannede sygeplejerske selvstændigt skal "varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen i samspil med patient, borger og pårørende om sygepleje samt indgå i tværprofessionelt og tværsektorielt samspil på individ-, gruppe- og samfunds niveau såvel nationalt som internationalt" (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2016).

I formålet med sygeplejerskeuddannelsen anno 2016 er det fremhævet, at den uddannede sygeplejerske selvstændigt skal "varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen i samspil med patient, borger og pårørende om sygepleje samt indgå i tværprofessionelt og tværsektorielt samspil på individ-, gruppe- og samfunds niveau såvel nationalt som internationalt" (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2016).

Begrebet klinisk lederskab bliver dog ikke defineret i bekendtgørelsen, hvilket har givet anledning til et behov for præcisering og afklaring af begrebet i både den teoretiske og kliniske del af uddannelsen (se fx. Haase et al. 2016; Region syddanmark & OUH 2016). Bekendtgørelsen giver dog, omend ufuldstændigt, så et lille praj om i hvilken retning, der skal kigges. I målene for læringsudbyttet kan der læses, at klinisk lederskab er noget, der skal ske i samspil med patient, borger og pårørende. Det er noget, som er baseret på viden og erfaring ekstraheret fra såvel forsknings-, udviklings- som praksisbaseret viden. Det sker i samarbejde med både mono- og tværfaglige samarbejdspartnere på tværs af sektorer. Sidst, men ikke mindst, nævnes klinisk leder-

skab i sammenhæng med at sikre udvikling af kvalitet, der understøtter patient- og borgeroplevet sammenhænge (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2016). Klinisk lederskab optræder således i sammenhænge, som minder om det ledelsesbegreb, der kendes fra tidligere uddannelsesbekendtgørelser i sygeplejerskeuddannelsen. *Ledelse i klinisk praksis* bliver da heller ikke pludseligt noget helt andet fra den ene dag til den anden, blot fordi det kaldes noget andet. Her skal dog alligevel argumenteres for, at bevægelsen fra ledelse til lederskab foruden en vægtning af andre indholdselementer også indvarsler nye perspektiver og forståelser af allerede kendte indholdselementer, således at begrebet lederskab indeholder andet og mere end ledelsesbegrebet. Bevægelsen fra ledelse til lederskab kan på denne måde forstås som en forandring i den måde, man tænker ledelse på; et paradigmeskift om man vil, som også er på vej ind i sundhedsvæsenet.

Hvad taler vi egentlig om?

Selvom klinisk lederskab på mange måder minder om *ledelse i klinisk praksis*, har der alligevel vist sig et behov for en præcisering og afklaring af begrebet i både den teoretiske og kliniske del af uddannelsen (se fx. Haase et al. 2016; Region syddanmark & OUH 2016). Det er særligt ordet lederskab, som fremtvinger dette behov. For hvori adskiller lederskab sig fra ledelse? For at komme en præcisering nærmere kan der kigges på ordets etymologi. Når der tales om 'at lede', er der tale om et begreb, som stammer fra det fællesgermanske, hvor det etymologisk kan relateres til at finde retning, men også til det at skabe bevægelse i en vis retning. Noget tyder på 'at lede' også er beslægtet med en 'søgen efter'. Når der tales om

lederskab, står vi på dansk med endelsen *-skab*, som på engelske er *-ship*. Endelsen *-skab* stammer dog fra det oldnordiske hvor det betyder 'skabning', 'skæbne', og 'beskaffenhed', beslægtet med verbet 'at skabe' (Den Danske Ordbog 2016a). På dansk bruges endelsen *-skab* til at danne substantiver af adjektiver, hvilket har mange forskellige formål, bl.a. bruges det til at betegne det at stå i et bestemt forhold til andre mennesker, fx slægtskab og fjendskab. Det kan også betegne en bestemt funktion eller rolle, *ejerskab og værtskab*. Herudover betegnes en bestemt social rang, gruppe eller status, fx *borgerskab* og *præsteskab* eller det betegner udøvelse af en bestemt profession, også om de dertil hørende aktiviteter fx *købmandskab, videnskab* (Ibid.). Det kan nu diskuteres, hvor lederskab kan placeres – betegner lederskab det at stå i et bestemt forhold til andre mennesker, en funktion, en rolle, en rang eller udøvelse af en bestemt profession? Dette vil der kunne findes mange forskellige bud på blandt teoretiske perspektiver. Vi kan nu sige 'at lede' handler om at sætte noget i bevægelse i en bestemt retning, og med endelsen *-skab* kan vi tilføje, at det handler om denne ledelses beskaffenhed, altså alle de egenskaber og forhold, der tilsammen giver noget dets særpræg og bestemmer dets kvalitet (Den Danske Ordbog 2016b). Dette stemmer meget godt overens med den danske ledelsesteoretiker Steen Hildebrandt, der taler om, at lederskab handler om helheden, om værdier, visioner, evnen til at inspirere andre, evnen til at lytte til helheden og fremtiden. Lederskab handler om evnen til at arbejde med spørgsmålene: Hvor kommer vi fra, hvem er vi, og hvor vil vi gerne hen (Hildebrandt 2015). Men når det så er sagt, må det også konstateres, at der findes mangfoldige teorier og perspektiver på lederskab, som hver især har deres bud på, hvad lederskab er, og hvordan det udøves. Som eksempel kan nævnes: Det Nye Lederskab (Kirkeby 2004); Det Personlige Lederskab (Schützsack 2014); Limbisk lederskab (Grew, Chris & Jensen 2015).

Det samme kan siges at gøre sig gældende for klinisk lederskab, blot er klinisk lederskab i dansk sammenhæng noget nyt (Haase et al. 2016; Kirkevold 2012; Munksgaard 2014) modsat i engelsksproget litteratur, hvor begrebet i de seneste 10-15 år har været flittigt beskrevet og debatteret i håbet om at komme en afklaring nærmere. Der er dog i litteraturen bred enighed om, at klinisk lederskab foruden at henhøre til en patient/borgernær ledelse er mangelfuldt defineret, og særligt mangler der empirisk og dermed kontekstuel forskning i begrebet (Chávez & Yoder 2014; Cook 2001; Stanley 2006; Hyrkäs & Dende 2008; Mannix et al. 2013; Davidson et al. 2006; Pepin et al. 2011; Cook & Leathard 2004).

Selvom litteraturen ikke ligefrem giver markant forskel-

lige bud på, hvad klinisk lederskab er, er der alligevel teoretiske og praktiske forskelle og nuancer. For at få en forståelse for hvilke indholdselementer begrebet kan indeholde, kan der ses på, hvilke tendenser som aktuelt gør sig gældende. Der spørges således her til, HVORFOR der tales om klinisk lederskab nu og på den måde? Dette i håbet om at komme et Hvad og et HVORDAN nærmere. Det er et filosofisk undersøgende og spørgende HVORFOR, som skal hjælpe os med at afdække idéen eller baggrunden til begrebets opdukken netop nu. Ved at spørge HVORFOR giver vi også os selv mulighed for at forholde os kritisk til begrebet samt forholde os intentionelt til dets indholdsmæssige bestemmelser.

HVORFOR taler vi om klinisk lederskab?

I rapporten *Uddannelsesfremsyn på sundhedsområdet* (Newinsight 2014), som undersøger, hvad det er for kvalifikationer og kompetencer, det forventes, at sundhedsprofessioneller, særligt professionsbachelor-niveauet er i besiddelse af i fremtidens sundhedsvæsen, kan vi få en idé om, hvorfor begrebet klinisk lederskab aktualiseres i danske sammenhænge. I 2025, som er fremsynets horisont, ses et sundhedsvæsen præget af opbrud. Det fremhæves, at aktiviteter i sundhedsvæsenet vil tage udgangspunkt i den enkelte patients behov, hvilket betyder, at fokus hele tiden er på at bringe de bedste kompetencer i spil i forhold til netop den enkelte patients behov uafhængigt af faggrupper og organisering (Newinsight 2014). En sådan vision kan kun indfries, skrives det i rapporten, hvis sundhedsprofessionelle er parate til at optimere de kompetencer, der skal i spil for at give patienten det bedst mulige forløb (Newinsight 2014), men også er parate til at gå på kompromis med fagmonopoler og i højere grad kollaborerer med andre sundhedsprofessionelle. Når det forventes, at sundhedsprofessionelle hele tiden skal optimere deres kompetencer og samarbejde tværprofessionelt, kræver det foruden forandringsparathed også en række andre evner, bl.a. innovation, kreativitet, nytænkning, selvrefleksion, selvledelse og evnen til at lære at lære. I et sundhedsvæsen og i et samfund, som hele tiden undergår forandring, synes svaret at være lederskab som en evne til at kunne møde fremtiden og forstå den praksis, man er en del af på nye måder (Hildebrandt 2011). Fremsynet nævner interessant nok ikke eksplicit klinisk lederskab men fremhæver i stedet et begreb hentet fra uddannelsesverdenen - *professionel kapital*. De to begreber kan ikke umiddelbart sammenstilles, men professionel kapital kan bruges som løftestang til at forstå de betydningsdannelser, der opstår, når klinisk lederskab ses som et svar på en samfundsmæssig udvikling, som kræver nye og andre kompetencer end de hidtidige.

Professionel kapital er udviklet af de to uddannelsesfor-

skere Andy Hargreaves og Michael Fullan (2012). Professionel kapital er en egenskab for hele arbejdspladsen. Begrebet sætter kerneopgaven og den daglige drift i fokus. Professionel kapital består af tre ligestillede kapitalformer: Social kapital, human kapital og beslutningskapital. Social kapital består af tre bestanddele: Tillid, samarbejdsevne og retfærdighed. Human kapital dækker personlig viden, færdigheder og kompetencer. Beslutningskapital er et begreb, der dækker medarbejdernes evne til at træffe fagligt begrundede professionelle valg i komplicerede situationer (Hargreaves & Fullan 2012).

En række undersøgelser inden for uddannelsesinstitutioner viser, at hvis en arbejdsplads har en høj professionel kapital, vil der typisk være en høj kvalitet i undervisningen, lavere frafald blandt eleverne/kursisterne, højere brugertilfredshed, lavt sygefravær blandt personalet og lavere personaleomsætning (Hargreaves & Fullan 2012). I Uddannelsesfremsynet fremhæves professionel kapital som et element, der vil efterspørges i fremtidens sundhedsvæsen, fordi det netop øger effektivitet og social innovation (Newinsight 2014). Professionel kapital synes at have en række effekter, som allerede i dag efterspørges i det danske sundhedsvæsen – patientens/borgerens behov i centrum, patient- og borgeroplevet kvalitet, et arbejdsmiljø præget af samarbejde, og tillid. Kort sagt efterspørges det, som er blevet kaldet for 21st Century Learning Skills, som er kritisk tænkning og problemløsning, effektiv kommunikation, kollaboration samt kreativitet og innovation (Kivunja 2015).

En verden beriget med uklarhed

Hastige forandringer i bl.a. viden, teknologi, politik og økonomi gør, at klinisk lederskab efterspørges i sundhedsvæsenet – forandringer som med jævne mellemrum allerede nu har implikationer for sundhedsprofessionelles daglige praksis. En praksis, der i sig selv er underlagt høj kompleksitet, høj omskiftelighed, situationsbestemthed og værdikonflikter mellem faggrupper. Sundhedsvæsenet er på både godt og ondt en verden beriget med uklarhed. Dette fordrer allerede nu, at sundhedsprofessionelle udvikler nye færdigheder og kan se nye løsninger på uventede problemer (problemløsning, kreativitet og innovation). Dette forventes ikke at blive mindre i fremtiden som følge af, at både vidensøkonomien og teknologien synes at skabe lige så mange problemer, som de løser. Kritisk tænkning, problemløsning, effektiv kommunikation, kollaboration samt kreativitet og innovation synes således at skubbe på den ellers så markante managementtankegang i sund-

hedsvæsenet – hvor standardisering, kontrol, styring er de dominerende værdier. I stedet synes værdier som kollektiv intelligens at vinde frem i et videnssamfund, hvor det at sætte viden i spil, dele viden og håndtere viden er et fælles mål – som netop kan sammenfattes i ordet kollaboration. Alle disse forandringer synes at skabe et behov for

- Nye måder at samarbejde på.
- Nye måder at arbejde og lære på.
- Nye måder at skabe værdi og producere på.
- Nye måder at (selv)lede og kommunikere på.

Det at den enkelte eller faggrupper bidrager med viden og erfaringer ind i et samlet patientforløb, er allerede nu værdsatte kompetencer i sundhedsvæsenet, men vi står stadig i et limbo mellem gamle og nye tænkemåder og traditioner, som står og skubber til hinanden uden rigtig at ville give plads for hinanden (Raffnsøe-Møller 2011). Lidt karikeret står vi på den ene side med et systemkrav om effektivisering, standardisering, overholdelse af pakkeforløb, forløbstider, ventelister og vagtplaner/overenskomster. På den anden side er der nye krav om en reflekterende, personificeret behovs- og værdiorienteret praksis, hvor vi kollaborativt skal finde nye løsninger gennem innovativ og kreativ tænkning. Hvordan kan dette vilkår forvaltes?

Klinisk lederskab fordrer selvledelse

På sin vis handler klinisk lederskab om, at ledelse forrykkes fra at blive forstået som en position man kan besidde til at tale om ledelse som en aktivitet – en aktivitet som principielt fordres af os alle såvel sundhedsprofessionelle, som patienten og den studerende. Helt enkelt og dog så komplekst er vi alle blevet ledere og skal lede os selv og hinanden i et kollaborativt samarbejde om at optimere det enkelte patientforløb. Dette bringer begrebet selvledelse på banen. Dette skal ikke forstås således, at klinisk lederskab reduceres til selvledelse men selvledelse som en dimension af det kliniske lederskab.

Selvledelse er født af de samme bevægelser i samfundet som klinisk lederskab. Selvledelse er et lige så komplekst begreb som lederskab med lige så mange muligheder for fortolkning. Det selvledelsesperspektiv, som fremlægges her, er inspireret af den danske idéhistoriker Morten Raffnsøe-Møller, som taler om selvledelse i en sygeplejefaglig kontekst (Raffnsøe-Møller 2011).

Raffnsøe-Møller fremhæver, at det skitserede dilemma mellem systemkrav og en individorienteret praksis fordrer større eller mindre elementer af selvledelse, fordi den enkelte sundhedsprofessionelle altid må vurdere

konkret, hvilke handlinger der tjener lige netop denne specifikke patient bedst i lige netop denne situation og kontekst. Selvledelse kan siges at handle om at kunne omsætte generel og abstrakt viden, som den der findes i forskningsartikler, lærebøger, kliniske retningslinjer, etc. til en konkret situeret patient/borgersituation. Der foretages en faglig vurdering baseret på den generelle viden, som skal omsættes og tilpasses den enkelte situation (Raffnsøe-Møller 2011). Med det udgangspunkt handler selvledelse i sygepleje om tre aspekter: En skønsmæssig vurdering, en prioritering og en koordinering. Den skønsmæssige vurdering er allerede velbeskrevet i sygepleje og kendes fra teoretikere som Kari Martinsen og Patricia Benner - og det består i grove træk af lige dele faglig teoretisk viden, erfaringer samt intuition/empati rettet mod den konkrete patient/borgersituation. Prioritering handler på den ene side om prioritering af processer og aktiviteter og på den anden side om prioritering mellem behov, handlinger og værdier; hvad der gælder den enkelte patients bedste, er der ingen universel gældende retningslinjer for - kun mere eller mindre kvalificerede situationelle vurderinger. Koordinering kan i lyset af de tendenser, som aktualiserer klinisk lederskab pege mod det kollaborative element i løsningen af patientens sundhedsudfordringer. Kollaborativt samarbejde vil sige, at forskellige sundhedsprofessionelle såvel monofagligt som tværprofessionelt er fælles om at bidrage med kompetencer og løsninger i et patientforløb. Medarbejderne arbejder sammen mod et fælles mål og er indbyrdes afhængige. I modsætning til det, som kaldes kooperativt samarbejde, hvor hver enkelt medarbejdergruppe sidder inde med sin opgave i patientforløbets samlede opgaveportefølje, har alle medarbejdere i det kollaborative patient/borgerforløb i princippet en fælles viden og opgaveportefølje, fordi de gennemgår de samme processer. I det kollaborative samarbejde skal der skabes et lærende fællesskab, hvori patientforløbets samlede opgaver kan løses. Dette kræver en høj grad af selvledelse forstået som det at vide, hvornår ens fagspecifikke viden er nødvendig, og hvor der skal indgås kompromis, og andre fagprofessionelles perspektiv får mere rum og plads - ikke som en kamp mellem faggrupper, men fordi det gøres ud fra hensynet til og omsorgen for den enkelte patient (Raffnsøe-Møller 2011). Det kræver klinisk lederskab.

Referencer

- Chávez, E.C. & Yoder, L., 2014. Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), pp.90–100.
- Cook, M.J., 2001. The renaissance of clinical leadership. *International Nursing Review*, 48(1), pp.38–46.
- Cook, M.J. & Leathard, H.L., 2004. Learning for clinical leadership. *Journal of Nursing Management*, 12(6), pp.436–444.
- Den Danske Ordbog, 2016a. -skab. Available at: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=-skab>. Lokaliseret 17.01.2017
- Den Danske Ordbog, 2016b. Beskaffenhed. Available at: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=beskaffenhed>. Lokaliseret 17.01.2017
- Davidson, P.M., Elliott, D. & Daly, J., 2006. Clinical leadership in contemporary clinical practice: Implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management*, 14(3), pp.180–187.
- Grew, Chris & Jensen, B.N., 2015. Limbisk lederskab - Personlig udvikling gennem dine ubevidste ressourcer, Djøf Forlaget.
- Haase, K. Barbesgaard, H, Suhr, L et al., 2016. Nye begreber i sygeplejerskeuddannelsen. Klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab. *Uddannelsesnyt*, 27(3), pp.11–16.
- Hargreaves, Andy & Fullan, M., 2012. Professional Transforming Teaching in Every School Title.
- Hildebrandt, S., 2015. Lederskab 1. Available at: <http://www.steenhildebrandt.dk/2011/08/lederskab/>. Lokaliseret 17.01.2017
- Hyrkäs, K. & Dende, D., 2008. Clinical nursing leadership - Perspectives on current topics. *Journal of Nursing Management*, 16(5), pp.495–498.
- Kirkeby, O.F., 2004. *Det nye lederskab*, København: Børsens Forlag.
- Kirkevold, M., 2012. Hvad er sygeplejens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen? In Sygepleje og sygeplejerskens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen - et debatoplæg. Dansk Sygeplejeråd.
- Kivunja, C., 2015. Teaching Students to Learn and to Work Well with 21st Century Skills: Unpacking the Career and Life Skills Domain of the New Learning Paradigm. *International Journal of Higher Education*, 4(1), pp.1–11. Available at: <http://ra.ocls.ca/ra/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ1060566&site=ehost-live&scope=site>. Lokaliseret 17.01.2017
- Mannix, J., Wilkes, L. & Daly, J., 2013. Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. *Contemporary Nurse*, 45(1), pp.10–21.

- Munksgaard, M.E., 2014. Ledelse af sammenhængende patientforløb. In Jensen, Annette Rosenkilde; Jallet, Inger Marie; Munksgaard, M E (Red). *Perspektiver på organisering og ledelse af sygepleje*. Nyt Nordisk forlag Arnold Busck
- Newinsight, 2014. Uddannelsesfremsyn på sundhedsområdet - med særligt fokus på professionsbacheloruddannelserne. , pp.1–87. Uddannelses- og Forskningsministeriet
- Available at: <http://ufm.dk/publikationer/2014/uddannelsesfremsyn-pa-sundhedsområdet>. Lokaliseret 17.01.2017
- Pepin, J. et al., 2011. A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), pp.268–273.
- Raffnsøe-Møller, M., 2011. Etik, selvdannelse og selvledelse i sygepleje. In E. E. Urenfeldt, Lisbeth & Sørensen, ed. *Sundhedsfaglig ledelse*. Gads Forlag
- Region Syddanmark & OUH, 2016. Klinisk lederskab af patientforløb Temadag om revision af sygeplejerskeuddannelsen 2016. Available at: <http://www.ouh.dk/dwn534585>. Lokaliseret 17.01.2017
- Schützsack, I.H., 2014. *Det personlige lederskab*, Hans Reitzels Forlag
- Stanley, D., 2006. Recognizing and defining clinical nurse leaders. *The British journal of nursing*, 15(2), pp.108–111.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. *BEK nr 804 af 17/06/2016*.