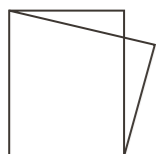


# Kompetencetilegnelse af klinisk lederskab i sygepleje

- modsætninger og forskelle



Camilla Bernild, ph.d., faglig uddannelsesleder & forsker, Hjertecentret, Rigshospitalet & Center for Sundhedsfaglig Forskning, Louise Støier, cand.cur., klinisk uddannelsesansvarlig, Center for Kræft og Organsygdomme, Rigshospitalet, Vibeke Røn Noer, ph.d., forskningsleder, Center for professionsstudier, VIA University College, Mari Holen, ph.d., lektor, Sundhed og Samfund, Institut for menneske og teknologi, Roskilde Universitet

Klinisk lederskab er et centralt og dominerende uddannelsesbegreb i sygeplejeuddannelsen udtrykt i mål for læring. Men vi ved meget lidt om, hvordan klinisk lederskab tager form i klinisk praksis, og hvordan det tilegnes, hvilket vi undersøger i denne artikel. Artiklen hviler på institutionel etnografi i kombination med pædagogisk teori om kompetencetilegnelse som bestående af tre domæner: professionel kvalificering, socialisering og subjektivering. Det empiriske materiale er produceret gennem etnografisk feltarbejde som led i et uddannelseseksperiment, hvor en ny udprøvning af klinisk lederskab afprøves. Analysen viser, at kompetencetilegnelse af klinisk lederskab er kendetegnet ved modsætningsforhold mellem kvalificerings-, socialiserings-

og subjektiveringsdomænet. På den ene side er klinisk lederskab et dominerende uddannelsesbegreb, der gennem kvalificering af studerende har potentiale til at medvirke til ønskelige ændringer af praksis, hvilket den nye uddannelsesform synes at understøtte. På den anden side er klinisk lederskab et tomt begreb, der kobler sig på meget forskellige kliniske praksisser med historisk forankrede normer, der virker stærkt på socialiseringen til klinisk lederskab. Klinisk lederskab bliver her i nogle tilfælde et spørgsmål om at underordne og tilpasse plejen efter samarbejdspartnere. I forlængelse heraf giver subjektiveringen til klinisk lederskab et relativ lille rum for handlefrihed og myndighedsudøvelse – uagtet uddannelsens intentioner.

Kompetencetilegnelse af klinisk lederskab i sygepleje - modsætninger og forskelle

Både internationalt og nationalt er der gennem det sidste årti skrevet en del om **klinisk lederskab i sygepleje**, både grundbøger og forskningsartikler.



## Introduktion

Lederskab har lige siden Florence Nightingale været en del af sygeplejefagets selvbeskrivelse (Stanley & Sherratt, 2010) og har både internationalt og nationalt været et fast element i uddannelsens udvikling. Hvilke former for lederskab der fremhæves, har været skiftende. De sidste årtier har der været fokus på *klinisk lederskab*, som beskriver den form for ledelse, som sygeplejersker i direkte patientpleje udøver på daglig basis (ibid.). Klinisk lederskab drejer sig således om at *lede de patientforløb*, man som sygeplejerske er ansvarlig for, ud fra de rammer og ressourcer, der er til rådighed. Centrale elementer er *evidensbasering, planlægning, koordinering, delegering, samarbejde, prioritering og kommunikation*, som fordrer ledelses-

og organisatorisk kompetence (Pedersen et al., 2017).

Både internationalt og nationalt er der gennem det sidste årti skrevet en del om klinisk lederskab i sygepleje, både grundbøger og forskningsartikler. Internationalt er forskningsfeltet stort, hvor der er bred enighed om, at klinisk lederskab er et nødvendigt redskab for sygeplejersker i et komplekst sundhedsvæsen, men at det ikke læres tilstrækkeligt igennem uddannelsen, og at nyuddannede derfor ikke har den nødvendige kompetence til det (Mrayyan et al., 2023). Noget af forskningen omhandler, hvad der skal til for at lære klinisk lederskab i det prægraduate felt (Démeh & Rosengren, 2015; Ha & Pepin, 2017; Scammell et al., 2020) og andre postgraduat

(Goudreau et al., 2015; Guibert-Lacasa & Vázquez-Calatayud, 2022; Mianda & Voce, 2018), hvor simulation og forskellige former for klinisk træning beskrives. Tilfælles for forskningen er vægtlægning på systematiske uddannelsesaktiviteter samt individuel træning.

I Danmark kom der større fokus på lederskab med uddannelsesændringen i 2016, hvor det blev skrevet tydeligt frem i såvel bekendtgørelse som i den nationale studieordning som *klinisk lederskab* (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016), og modsat bekendtgørelser for øvrige sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser er ledelse en dominerende kompetence, hvor der fokuseres på *klinisk lederskab* (Uddannelses- og Forskningsministeriet,

2023a, 2023b, 2023c). En gennemgang af de fem danske professionshøjskoler studieordninger for sygeplejeuddannelse viser, at klinisk lederskab fremgår 18-57 gange, og at det indgår i mål for læring fra 3.-4. semester med stigende intensitet henimod slutningen af uddannelsen. I semesterbeskrivelserne for 6. semester fremgår det én gang på hver side – strækkende sig fra 5-17 gange i en semesterbeskrivelse, hvor typiske formuleringer er: “vurdere og videreformidle klinisk lederskab”, “varetage klinisk lederskab”, “udøve og kritisk vurdere klinisk lederskab”, “selvstændigt håndtere klinisk lederskab”, “anvende og vurdere klinisk lederskab”, “reflektere over klinisk lederskab”. Ofte er klinisk lederskab parløb med klinisk beslutningstagen, som bliver nævnt næsten lige så mange gange. Og i den danske grundbogslitteratur er der inden for samme tidsperiode udkommet en lang række bøger og kapitler om klinisk lederskab, hvor omdrejningspunktet er, hvad klinisk lederskab kan og skal løse, og hvordan det læres (Dau & Nielsby, 2023).

Opgraderingen af klinisk lederskab i uddannelsen kan fortolkes som et politisk svar på et tiltagende komplekst og hyper-specialiseret sundhedsvæsen med flere korte patientforløb, der går over flere instanser, som *nogen* skal tage ansvaret for at koordinere. Det kan også fortolkes som et professionsstrategisk svar på samme udfordring, hvor sygeplejersken som regel er den, der koordinerer patientforløbene med ansvar for samarbejdet mellem forskellige faggrupper, afdelinger og sektorer, og hvor ønsket er, at sygeplejersker bidrager til mere sammenhængende patientforløb. Ifølge Døssing (2018) er koordineringsopgaver og praktiske driftsopgaver ofte usynlige

og uarticulerede og bliver i bedste fald omtalt som en slags ‘organisatorisk lim’ eller kit (Døssing, 2018). I denne sammenhæng kan introduktionen af klinisk lederskab anskues som et professionsstrategisk greb, der forsøger at placere sygeplejersken i en synlig og faglig beslutningstagende position, og dermed som noget andet og mere end nogle, der får arbejdet til at glide for andre. Studerende og nyuddannede bliver dermed fremskrevet som en form for forandringsagenter gennem deres tilegnede kompetencer til klinisk lederskab.

Klinisk lederskab er således et centralt og dominerende uddannelsesbegreb udtrykt i konkrete mål for læring, som den enkelte skal opnå kompetence til. Den internationale forskning beskriver både, at klinisk lederskab er en kompleks kompetence, og at træning til klinisk lederskab skal systematiseres mere. Men vi ved meget lidt om, hvordan klinisk lederskab rent faktisk ser ud i forskellige praksisser og i forlængelse heraf, hvad der skal til, for at det kan læres i praksis. I denne artikel undersøger vi derfor, hvordan klinisk lederskab tager form i klinisk praksis, og hvordan det tilegnes. Vi er med andre ord interesseret i betydningen af et læringsmæssigt fokus på en given kompetence i praksis.

### Teori

Artiklen hviler på institutionel etnografi (IE), som oprindeligt er udviklet af den canadiske sociolog Dorothy Smith (Smith, 2006), og som i stigende grad bliver anvendt i sundhedsuddannelsesforskning (Kearney et al., 2019). I IE arbejder man med at forbinde en given praksis – hvad der rent faktisk foregår – med de institutionelle sammenhænge, hvor det forekommer. Gennem et IE-perspektiv

har vi fokus på, hvordan det uddannelsesmæssige mål om klinisk lederskab kan tilegnes i en konkret klinisk praksis. Således er perspektivet ikke kun på subjekterne og deres handlinger, og ej heller kun på rammerne, men på sammenhængen mellem de to (Ng et al., 2017). Med denne linse har vi øje for det, man i IE benævner ‘disjuncture’, som refererer til de afbrydelser eller sammenbrud, institutionelle rammer kan give i menneskers hverdagspraksis (Smith, 2006).

Vi kombinerer institutionel etnografi med Gerd Biestas koncept om kompetencetilegnelse i professioner som tre forskellige domæner, henholdsvis professionel kvalificering (viden, færdigheder og forståelse), professionel socialisering (socialt, kulturelt og praktisk fællesskab) og professionel subjektivering (handlefrihed, autonomi og ansvar) (Biesta & van Braak, 2020). Biesta gør op med en rationalistisk, kognitivistisk og teknificeret forståelse af læreprocesser og uddannelsers formål, som et spørgsmål om at studerende skal opnå en række målbare kvalifikationer. Med afsæt i pædagogisk, sociologisk og eksistentielistisk-filosofisk teori tilbyder han et blik, der ud over den sociokulturelle traditions vægtning af læring som socialt indlejret, kulturel og kontekstuel (Beach, 1999) også vægter det enkelte menneskes agens med begrebet om subjektivering. Subjekt(ivering) er ikke det samme som individualitet, identitet, personlig eller personlighed, men drejer sig om at have for øje, at mennesker har en grad af frihed i forhold til, om og hvordan de handler (Biesta, 2020). Med dette blik anskuer vi kompetencetilegnelsen af kliniske lederskab som et spørgsmål om både kvalificering, socialisering og subjektivering.

Kombinationen af IE og Biestas teori gør det muligt at stille skarpt på, hvordan de institutionelle kontekster kan give anledning til clashes mellem de forskellige domæner i kompetencetilegnelse.

### Empiri

Det empiriske datamateriale er produceret gennem etnografisk feltarbejde blandt studerende og nyuddannede sygeplejersker på et højt specialiseret hospital som led i et uddannelseseksperiment, som skal styrke overgangen fra studie til arbejde i sygepleje (Bernild, 2023). Projektet etablerede et uddannelsesforløb, hvor studerende på sidste studieår fik tilbudt et integreret studieår, hvor bachelorprojektet lå i midten af to sammenhængende praktikperioder, og hvor de sidste 12 uger var i praktik. Projektet fulgte både projektgruppen og studerende, som var på ordinært forløb. I modsætning til det ordinære forløbs kliniske eksamen, hvor studerende forsvarede en skriftlig opgave om kliniske kompetencer, har projektforløbet en ny eksamen, der forgår i plejen, hvor underviserne observerer og vurderer studerendes kompetence til at udøve kliniske kompetencer, herunder klinisk lederskab (Bernild et al., 2021). I denne artikel zoomer vi ind på, hvordan begrebet klinisk lederskab kommer til udtryk i praksis for en studerende, der har været på projektforløbet, og én, der har været på ordinært forløb.

Empirisk-metodisk er studiet anlagt komparativt mellem de to uddannelses- og eksamensordninger, hvor de har samme mål for læringsudbytte: *‘udøve og kritisk vurdere klinisk lederskab af pleje-, og behandlingsforløb i samspil med patienter/borgere, pårørende og fagprofessionelle i det hele sundheds-*

*væsen’* (Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser, 2021, s. 5). Desuden er studiet longitudinelt med blik for transition fra studie til arbejde. Førsteforfatter har fulgt tolv studerende, seks i det ordinære uddannelsesforløb forløb og seks i et ny uddannelsesforløb med den nye eksamensform. Deltagerne er fulgt over tid fra det afsluttende studieår på uddannelsen til starten på arbejdslivet. Som det fremgår af oversigten nedenfor, har tre af de seks studerende i det ordinære uddannelsesforløb valgt at gå ud af forskningsprojektet. De har givet tilladelse til, at de data, der allerede var indhentet, mens de var studerede, må bruges i analyserne. Alle deltagerne har fået udleveret og gennemgået informationsmateriale, meldt sig frivilligt og underskrevet samtykkeerklæringer.

Projektet er godkendt af Region Hovedstadens Videnscenter for Dataanmeldelser, som varetager godkendelse af udviklings- og forskningsprojekter på vegne af Datatilsynets (The Danish Data Protection Agency). Projektidentifikation: J.NR. P-2021-482 og titel: NEW.

Første empiriske nedslag: de første uger af den afsluttende kliniske praktik. Andet empiriske nedslag: de sidste uger af den afsluttende kliniske praktik. Tredje empiriske nedslag: 3-5 måneder inde i arbejdslivet som nyuddannet sygeplejerske.

### Analysesstrategi

I bearbejdningen af det samlede empiriske materiale har vi valgt at konstruere to cases for at kunne beskrive de to

Tabel 1. Oversigt over deltagere

Deltagere	Alder	Køn	Afdeling	Uddannelse	Observationer og interviews <sup>1</sup>
1	23 år	Kvinde	Kirurgisk sengeafsnit	Ny	1, 2 og 3
2	25 år	Kvinde	Akut medicinskafsnit	Ny	1, 2 og 3
3	24 år	Kvinde	Medicinsk sengeafsnit	Ny	1, 2 og 3
4	28 år	Kvinde	Kirurgisk sengeafsnit	Ny	1, 2 og 3
5	32 år	Mand	Medicinsk ambulatorie	Ny	1, 2 og 3
6	23 år	Kvinde	Kirurgisk sengeafsnit	Ny	1, 2 og 3
7	26 år	Mand	Medicinsk ambulatorie	Ordinær	1 og 2
8	25 år	Kvinde	Medicinsk sengeafsnit	Ordinær	1, 2 og 3
9	27 år	Kvinde	Akutmodtagelse	Ordinær	1
10	25 år	Kvinde	Medicinsk ambulatorie	Ordinær	1, 2 og 3
11	24 år	Kvinde	Rehabiliteringsafsnit	Ordinær	1, 2 og 3
12	25 år	Kvinde	Medicinsk sengeafsnit	Ordinær	1 og 2

<sup>1</sup> Første empiriske nedslag: de første uger af den afsluttende kliniske praktik. Andet empiriske nedslag: de sidste uger af den afsluttende kliniske praktik. Tredje empiriske nedslag: 3-5 måneder inde i arbejdslivet som nyuddannet sygeplejerske.

afdelinger, som er meget forskellige, og som ifølge Smith er vigtig at have med, når de institutionelle rammer skal forstås. Casene er repræsentative for det spænd, vi fandt i data, og beskriver deltagere fra hvert deres uddannelsesforløb. Casene rummer også deltagernes perspektiver på det at lære klinisk lederskab som studerende og som nyuddannede, samt en konkret situation, som finder sted, mens de er nyuddannede. På den måde peger casene på de former for klinisk lederskab, man som studerende bliver uddannet til. Fælles for de to er, at de er kvinder i midten af tyverne, som har ønsket at komme i praktik på den afdeling, de er i, og at de efter endt uddannelse har valgt at starte deres arbejde som sygeplejerske på samme afdeling. Analysen præsenteres i de tre domæner af kompetencetilegnelse, som Biesta beskriver (Biesta & van Braak, 2020), og falder således ud i tre afsnit: kvalificering til klinisk lederskab, socialisering til klinisk lederskab og subjektivering til klinisk lederskab.

#### Case 1

Sofie var som studerende en del af det nye uddannelsesforløb. I den afsluttende praktik var hun på en mindre akut medicinsk afdeling, hvor patienter med samme diagnose typisk er indlagt i 12-24 timer, hvorefter de udskrives til lokalt sygehus. Sofie gav fra starten af praktikforløbet udtryk for at befinde sig godt med de akutte og korte patientforløb, hvor hun har været opsat på at få tiltagende ansvar og eksplicit har efterspurgt vejledning i klinisk lederskab, særligt fordi der var en eksamen i klinikken med fokus på netop det. Der har i praktikperioden været tæt vejledning, hvilket hun har sat pris på, især i forhold til samarbejdet med lægerne, som hun

med sine egne ord var 'lidt bange for'. Som nyuddannet er hun fortsat glad for afdelingen og arbejdet. Hun fortæller, at man ikke taler om klinisk lederskab, når man ikke længere er i uddannelse, men at der er en stærk følelse af fællesansvar i afdelingen, samtidig med at hun nu endelig kan arbejde selvstændigt – og at hun ikke er lige så bange for lægerne mere. Følgende situation udspiller sig, da Sofie har været færdiguddannet i fire måneder: *Sofie står på en patientstue ved en sengeliggende mandlig midaldrende patient. Der er ikke andre i rummet. Hun måler forskellige værdier hos patienten og spørger, om han har smerter, hvortil han svarer, at han 'ligger på en 7-8 stykker'. En læge kommer ind og hilser på patienten og begynder at scanne patientens hjerte. Sofie fortæller lægen om blodtryk og smerter og spørger, hvad hun må give for smerten. Sofie trækker morfin op og giver det til patienten i et drop, samtidig med hun forklarer, hvad hun gør. Sofie virker rolig i kropssprog og stemme. To nye læger kommer ind på stuen. En af de nytilkomne læger fortæller patienten, at han skal opereres med det samme, og at operation er behøft med betydelig risiko, men at 'det er meget farligere at lade være'. Patienten siger 'o.k.' uden ændring i stemmeleje eller mimik. Sofie står ved sengen og holder på patientens skulder i et stykke tid. Herefter forlader hun stuen og har en dialog med en kollega for at sikre sig, at der er nogle, der tager sig af hendes anden patient. Tilbage på patientstuen spørger Sofie til patientens smerter, og om han vil tale med sin kæreste inden operationen. Det vil patienten gerne, men han har ikke sin mobil med. Sofie går ud på kontoret og spørger, om der er nogen, der kan kontakte patientens kæreste, og komme*

*ind på stuen med en telefon. En kollega kommer med telefonen og hjælper Sofie med at gøre patienten klar til operation, alt imens patienten taler med sin kæreste. Efter portøren har hentet patienten til operationsgangen, går Sofie i gang med at rydde op på stuen.*

#### Case 2

Ida var en del af det ordinære uddannelsesforløb på sygeplejerskeuddannelsen. I den afsluttende praktik var hun på et rehabiliteringsafsnit, hvor patienter med forskellige diagnoser er indlagt i op til 6 uger ad gangen. Som studerende udtrykte Ida, at hun kedede sig, når formiddagens patientpleje var gjort, og at vejlederne primært fokuserede på at instruere i de enkelte sygeplejehandlinger og sjældent spurgte ind til begrundelserne for handlingerne. Desuden har klinisk lederskab ikke været nævnt i hverdagen, men alene været et begreb, hun har brugt i forbindelse med at skrive opgave. Som nyuddannet sygeplejerske i afsnittet oplever Ida ikke længere, at dagene er kedelige, fordi hun nu har ansvar for dokumentation, opfølgning med læge og planlægning af næste dag med koordinering med fysioterapeut og ergoterapeut. Hun fortæller, at hun ville have ønsket, at hun under uddannelsen ikke kun havde fokuseret på det, hun kalder 'her og nu-pleje' til den enkelte patient, men havde arbejdet mere med det, hun kalder 'det bagvedliggende arbejde'. Følgende situation udspiller sig, da Ida har været færdiguddannet i tre måneder: *Ida står på en patientstue, hvor en ældre kvinde, som er lam fra livet og ned, hænger i en lift. Strømmen er gået, og Ida har ringet til håndværker om hjælp. Der kommer en fysioterapeut ind på stuen og spørger, hvornår patienten er klar til træning. Ida beklager*

## Analysen præsenteres i de tre domæner af kompetencetilegnelse, som Biesta beskriver, og falder således ud i tre afsnit: kvalificering til klinisk lederskab, socialisering til klinisk lederskab og subjektivering til klinisk lederskab.



*forsinkelsen og siger, at det nok tager en times tid, og at hun ringer, når patienten er klar. Ida spørger patienten, hvordan hun plejer at få hjælp til morgenrutinen. De aftaler at gøre, som hun plejer, og hun fortæller, at hun plejer at vente med fysioterapeut til efter frokost. En social- og sundhedsassistent kommer ind og spørger Ida, om hun kan hjælpe med at vurdere, hvilken forbindelse hun skal vælge til en patient på en anden stue, som Ida også har ansvaret for. Hun fortæller social- og sundhedsassistenten hvilken forbindelse, og hvor den ligger. Assistenten går igen. Idas telefon ringer, og hun taler med en kollega om nogle hjælpemidler. Patienten hænger fortsat i liften. Efter håndværkeren har ordnet liften, ringer Ida til en portør for at få hjælp med at få patienten over i kørestolen, hvorefter hun går med*

*patienten på badeværelset. Patienten fortæller Ida, hvordan hun skal stimulere patienten til afføring og hjælpe hende med at blive vasket. Imens de er på badeværelset, ringer telefonen flere gange. Det drejer sig om en ny patient. Ida siger, at hun ikke har hørt om, at der skal komme en ny patient, men at der er en stue, som hun kan gøre klar. Efter at patienten er tilbage i seng, ringer Ida til fysioterapeuten, som siger, at patienten skal komme ned til træning nu. På vej fra patientstue til kontor stiller Ida service frem til patienternes morgenbuffet og fortæller mig, at 'man' altid må tilpasse plejen efter fysioterapeuternes, ergoterapeuternes og lægernes rutiner, fordi de kommer og går fra afdelingen, selvom hun prøver at tage udgangspunkt i patientens præferencer.*

#### Analyse

##### Kvalificering til klinisk lederskab

Kvalificeringsdomænet drejer sig om at opnå specifik viden om, færdigheder til og forståelse for et givent område med henblik på at kunne noget. I det følgende fokuserer vi på betydningen af den vejledning, der har fundet sted under uddannelse. Både Sofie og Ida taler som studerende om muligheden for at træne klinisk lederskab, som de ikke mener, at man kan læse sig til. For Sofie var der en praktisk prøve i klinisk lederskab, som gør, at hun har været opmærksom på at træne det. Hun har efterspurgt vejledning i klinisk lederskab i form af adgang til og sparring på selvstændig prioritering og koordinering af patientforløbene, hvor det eksplicit er blevet omtalt i den daglige vejledning.

# Casene viser, at den strukturelle tilrettelæggelse af klinisk uddannelse prægraduater er afgørende for studerendes mulighed for kvalificering til klinisk lederskab.



For Ida er klinisk lederskab derimod blevet udprøvet igennem en skriftlig prøve. Hun fortæller, at klinisk lederskab som begreb ikke har været omtalt af hendes vejledere og kun har været noget, hun selv har tænkt på i forbindelse med at skrive opgave, fordi det er et uddannelseskrav. Sofie og Ida angiver begge, at det at lære klinisk lederskab fordrer, at vejleder giver adgang til, at de selvstændigt planlægger, koordinerer og prioriterer de relevante opgaver, samtidig med at der er mulighed for sparring. Sofie fremhæver, at vejledningen har været tilgængelig, hvor vejleder har givet hende lov til selv at prøve tingene, men været lige bagved til sparring, så hun ikke har haft oplevelsen af at stå alene. Ida derimod har oplevet, at vejledningen har været sparsom og primært fokuseret på sygeplejeopgaverne tæt på patienten og i mindre grad på begrundelser for tilrettelæggelse af plejen, patientforløb,

prioriteringer og koordinering. Det er først som nyuddannet, at Ida får adgang til det, hun kalder 'alt det bagvedliggende' (klinisk lederskab), hvorfor det kommer som en overraskelse, at det fylder så meget, særligt fordi det er uden tæt sparring.

Casene viser, at den strukturelle tilrettelæggelse af klinisk uddannelse prægraduater er afgørende for studerendes mulighed for kvalificering til klinisk lederskab. I den nye uddannelsesordning fremgår klinisk lederskab ikke blot i uddannelsesdokumenter men trænes også bevidst og eksplicit i praksis. Herved minimeres 'disjuncture' (Smith, 2006), og som her viser sig, når studerende oplever, at uddannelsesmålene for praktikken er en helt anden logik og et andet sprog end det, der reelt foregår i praktikken. Men det viser også, at der skal mere til end blot tilrettelæggelse af uddannelse

i form af for eksempel eksamen. Den kliniske vejledning skal give mulighed for et selvstændigt handlerum, samtidig med at der skal være tæt sparring.

## Socialisering til klinisk lederskab

Socialiseringsdomænet drejer sig om det sociale, kulturelle og praktiske fællesskab i en given praksis, hvor forskellige værdier og normer gør sig gældende. Casene viser, at kompetencetilegnelsen til klinisk lederskab ikke blot er en aktivitet, der foregår mellem en studerende og hans/hendes vejleder i et tomrum, men en aktivitet, der er dybt indlejret i praksis. En praksis, hvor klinisk lederskab ikke omtales som en ting i sig selv, og hvor det tager form i et kompleks af organisationer og relationer.

I casene ser vi fx, at Ida arbejder mere alene end Sofie, hvorved klinisk lederskab bliver et henholdsvis kollektivt og

individuel anliggende. Og vi ser, hvordan både Sofie og Ida 'naturligt' påtager sig opgaver relateret til afdelingens samlede 'stofskifte' og drift, fx rydde op, finde og bestille diverse remedier og medicin, stille service frem til patienter osv.

Et kardinalpunkt for socialisering til klinisk lederskab er organiseringen af det tværprofessionelle samarbejde. I eksemplet med Sofie er det lægernes beslutning om behandling, der direkte afføder, hvilke specifikke opgaver hun skal prioritere og udføre, som igen får betydning for hendes kollegaers prioritering af deres opgaver. Det illustrerer den måske banale pointe, at det er den medicinske behandlingsviden, der udgør den ledende kraft i højt specialiseret hospitalspraksis. Og det, at hun som studerende har været decideret bange for lægerne, tyder på, at det hierarkiserede tværprofessionelle samarbejde er en særlig mulighedsbetingelse for at lære klinisk lederskab. I eksemplet med Ida er det særligt koordineringen med fysio- og ergoterapeuter, der er afgørende for prioritering af arbejdsopgaver, hvor Ida fortæller, at man som sygeplejerske må tilpasse sit arbejde efter de andres arbejdsopgaver, fordi de kommer og går med fokus på deres specifikke opgave. I begge tilfælde bliver klinisk lederskab i vid udstrækning et spørgsmål om koordinering, planlægning, delegering og prioritering af plejen, der er *subordineret* og *tilpasset* samarbejdspartners rutiner og højt specialiserede arbejdsopgaver.

Som det ses, er socialiseringsdomænet med dets indlejrede normer og kulturer for, hvordan praksis 'kører', med-konstituerende for måden, hvorpå klinisk lederskab tager form. Analysen af casene illustrerer, at eksisterende normer om, at

sygeplejefaget subordinerer og tilpasser plejeopgaverne efter 'de andres' opgaver samt er ansvarlige for afdelingens 'stofskifte', bliver strukturerende for den måde, hvorpå klinisk lederskab udøves. Så selvom klinisk lederskab fremgår i uddannelsesformalia som for eksempel koordinering, delegering, prioritering og planlægning, viser analysen af socialiseringsdomænet, at klinisk lederskab ikke er 'en ting, der findes derude', men noget, der skabes i kontekst, og hvor de koordinerende handlingerne i høj grad drejer sig om at underordne og tilpasse plejen til andre. I et IE-perspektiv kan denne forskel mellem, hvad der står i (uddannelses)teksterne, og hvordan praksis kører, også på denne måde give anledning til en form for 'disjuncture' eller 'afbrydelse'.

## Subjektivering til klinisk lederskab

Subjektiveringsdomænet i Biestas teori fokuserer på individet, der har egne meninger, drager egne konklusioner, og som tager ansvar for egne handlinger. Det omfatter ansvar, autoritet og handlefrihed. Både Sofie og Ida udtrykker at være opsat på at tage ansvar og er glade for at få plads til at tage det i tiltagende grad – særligt som nyuddannede, hvor Sofie udtrykker at turde mere i forhold til lægerne.

I de to cases ser vi, hvordan de tager ansvar, drager konklusioner og handler på forskellige måder – altså har agens. For Sofies vedkommende ser vi fx, at hun prioriterer at få fat i en telefon til patienten og uddelegere plejen til sin anden patient til kollegaer. Begge beslutninger, der muliggøres af afdelingens teamånd (og gode normering), og som gør, at hun kan tage ansvar for patientens sårbare situation. I Idas tilfælde ser vi, hvordan hun vælger at vejlede en kollega og

tage visitationsopkald, alt imens hun yder personlig pleje for en patient. Begge beslutninger, der muliggøres af afdelingens organisering af plejen (og ikke så gode normering), og som gør, at hun ikke uddelegerer eller afgrænser de forskellige krav, der pågår, alt imens hun står i en sårbar patientsituation. Biestas eksistentielle betoning af handlefrihed i læring ses mest som mindre sprækker i forskellige typer af prioriteringer, fx Sofies valg om at bede om hjælp eller Idas valg om at jonglere mange ting på én gang. Vi ser, at både Sofie og Ida aktivt vælger at gøre praktiske ting ind imellem deres andre handlinger, såsom at rydde op på patientstuen og stille kaffe frem til patienterne på vej tilbage til kontoret.

## Diskussion

Analysen af tilegnelsen af klinisk lederskab med Biestas teoretiske koncept viser, at det er en kompleks integration af kvalificering, socialisering og subjektivering. For Biesta er pointen ikke at diskutere, hvilket domæne der er mest dominerende, men at skabe opmærksomhed på det forhold, at alle tre domæner er aktive i læring og derfor er vigtige at overveje, når vi skal tilrettelægge uddannelse. Grundlæggende forstås de tre domæner som integrerede og synergiske, men Biesta fremhæver også, at der kan være spændinger og endda konflikter mellem dem, og argumenterer for mere fokus på subjektiveringsdimensionens eksistentielle karakter. Vores analyse af kompetencetilegnelse til klinisk lederskab inden for sygepleje peger på, at der forekommer modsætninger og styrkeforskelle mellem de tre domæner, hvilket giver anledning til 'afbrydelser' eller 'sammenbrud'.

At klinisk uddannelse og vejledning er vigtig, er ikke overraskende. Lidt karikeret kan man sige, at for at studerende kan opnå begyndende kompetence til klinisk lederskab, skal vejledningen have eksplicit fokus på det og understøtte selvstændighed, samtidig med at der tilbydes tæt sparring og refleksion. Dette fremmes bedst i det nye uddannelsesforløb, hvor klinisk lederskab udprøves i praksis. Forenklet kan man sige, at kvalificeringsdomænet understøttes med viden om, færdigheder til og forståelse for klinisk lederskab i praksis. Uddannelse har hermed potentiale for at medvirke til at forandre praksis.

Men casene viser også, at uanset hvordan den kliniske uddannelses- og vejledningspraksis ser ud, og hvor godt den understøtter kvalificeringsdomænet, kan den ikke (alene) være bestemmende for, om og hvordan kompetencetilegnelsen til klinisk lederskab foregår i den kliniske hverdag. Socialiseringsdomænet viser sig nemlig meget stærkt, når det kommer til tilegnelsen af klinisk lederskab – særligt i overgangen fra studie til arbejde. Socialiseringen til klinisk lederskab konstituerer den form, klinisk lederskab kan tage, og er dermed strukturerende for både kvalificering og subjektivering. For eksempel viser analysen, at klinisk lederskab ikke bliver italesat i socialiseringsdomænet – ikke er en ting, og at prioritering, planlægning osv. i flere tilfælde primært bliver et spørgsmål om at indordne og tilpasse plejen til de tværprofessionelle samarbejdspartnere og tage ansvar

for afdelingens praktiske drift. Vores analyse peger på, at socialiseringen bliver en 'naturlig' del af subjektivering til klinisk lederskab, hvor handlefriheden og myndighedsudøvelsen er afgrænset, og hvor ansvaret internaliseres som en form for 'ansvar for tilpasning'. 'Afbrydelsen' består blandt andet i, at klinisk lederskab i sygepleje alene er et uddannelsesbegreb, som tendentielt lægger op til mere ledelse, end praksis giver rum for. På den måde risikerer klinisk lederskab både at blive et påklistret begreb for praksis og en eufemisme for organisatorisk lim. 'Sammenbruddet' kan opstå, når socialiseringsdomænets normer om, hvem der har ansvar for hvad, er skabt på basis af manglende ressourcer og historisk forankrede hierarkiserede arbejdsgange, og hvor det bliver internaliseret i subjektiveringsdomænet. På den måde risikerer den enkelte nyuddannede at stå med en følelse af ikke at kunne tage klinisk lederskab, der er til gavn for den enkelte patient.

På den baggrund vil vi gerne lægge op til, at vi får en mere kritisk diskussion af mulighedsbetingelserne for sygeplejefaglig klinisk lederskab, som går ud over den i indledningen skitserede forskningsmæssige konsensus om, at klinisk lederskab er en nødvendig sygeplejekompetence i et komplekst sundhedsvæsen, og at det 'blot' skal tilrettelægges bedre uddannelse præ- og postgraduat, for at det lykkes. Potentialet i, at klinisk lederskab kan placere sygeplejersken i en synlig og faglig beslutningstagende position (Døssing, 2018), fordrer kritiske

diskussioner af forholdet mellem professionel kvalificering, socialisering og subjektivering til klinisk lederskab i konkrete kontekster.

### Konklusion

Vi kan konkludere, at kompetencetilegnelse af klinisk lederskab i overgangen fra studie til arbejde er kendetegnet ved, at der forekommer modsætningsforhold mellem kvalificerings-, socialiserings- og subjektiveringsdomænet.

På den ene side er klinisk lederskab et dominerende uddannelsesbegreb, der gennem kvalificering af studerende har potentiale til at medvirke til ønskelige ændringer af praksis. Dette fordrer dog, at også den praktiske del af uddannelsen ekspliciterer, hvad klinisk lederskab kan være i de specifikke kontekster, og bevidst træner det, hvilket den nye uddannelsesform synes at understøtte. På den måde kan studerende udgøre en form for forandringsagent for praksis. På den anden side er klinisk lederskab et konfust og hult begreb, der kobler sig på meget forskellige kliniske praksisser med historisk forankrede og foranderlige normer og kulturer, der virker stærkt på socialiseringen til klinisk lederskab. Klinisk lederskab bliver her i nogle tilfælde et spørgsmål om at underordne og tilpasse plejen efter samarbejdspartnere. I forlængelse heraf giver subjektiveringen til klinisk lederskab et relativ lille rum for handlefrihed og myndighedsudøvelse – uagtet uddannelsens intentioner.

## REFERENCER

- Beach, K. (1999). Consequential Transition: A Sociocultural Expedition Beyond Transfer in Education. I: *Review of Research in Education* (s. 101-139). American Educational Research Association.
- BEK nr 112. (2006). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ernæring og sundhed*. 2016(112), 1-6.
- Bernild, C. (2023). Sygeplejestudiet under forandring – forberedelse af et uddannelseseksperiment. *Fagdidaktiske Temaer i Helsefagene*, 2023, 17-33. <https://doi.org/10.23865/noasp.198.ch2>
- Bernild, C., Nielsen, M.E. & Brædder, M. (2021). Bedre overgang mellem studie og arbejde i sygeplejen. *Uddannelsesnyt*, 2, s. 15-18).
- Biesta, G. (2020). Risking Ourselves in Education: Qualification, Socialization, and Subjectification Revisited. *Educational Theory*, 70(1), 89-104. <https://doi.org/10.1111/edth.12411>
- Biesta, G.J.J. & van Braak, M. (2020). Beyond the Medical Model: Thinking Differently about Medical Education and Medical Education Research. *Teaching and Learning in Medicine*, 32(4), 449-456. <https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1798240>
- Dau, S. & Nielsby, U. (2023). *Klinisk lederskab: en grundbog i sygeplejen* (2. udg.). FADL's forlag.
- Démeh, W. & Rosengren, K. (2015). The visualisation of clinical leadership in the content of nursing education – A qualitative study of nursing students' experiences [Article]. *Nurse Education Today*, 35(7), 888-893. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.020>
- Døssing, A. (2018). *Sygeplejersker som "organisatorisk lim" i sundhedsvæsenet. Interorganisatoriske, professionelle og feminine perspektiver*. Publication date: Link to publication from Aalborg University.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P. & Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 572-578. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.013>

Guibert-Lacasa, C. & Vázquez-Calatayud, M. (2022). Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 913-925. <https://doi.org/10.1111/jonm.13570>

Ha, L. & Pepin, J. (2017). Experiences of nursing students and educators during the co-construction of clinical nursing leadership learning activities: A qualitative research and development study. *Nurse Education Today*, 55(December 2016), 90-95. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.006>

Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser (2021). *6. semester Sygeplejerskeuddannelsen*.

Kearney, G.P., Corman, M.K., Hart, N.D., Johnston, J.L. & Gormley, G.J. (2019). Why institutional ethnography? Why now? Institutional ethnography in health professions education. *Perspectives on Medical Education*, 8(1), 17-24. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0499-0>

Mianda, S. & Voce, A. (2018). Developing and evaluating clinical leadership interventions for frontline healthcare providers: A review of the literature. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3561-4>

Mrayyan, M.T., Algunmeeyn, A., Abunab, H.Y., Kutah, O.A., Alfayoumi, I. & Khait, A.A. (2023). Attributes, skills and actions of clinical leadership in nursing as reported by hospital nurses: a cross-sectional study. *BMJ Leader*, 203-211. <https://doi.org/10.1136/leader-2022-000672>

Ng, S.L., Bisailon, L. & Webster, F. (2017). Blurring the boundaries: using institutional ethnography to inquire into health professions education and practice. *Medical Education*, 51(1), 51-60. <https://doi.org/10.1111/medu.13050>

Pedersen, P.U., Larsen, P., Håkonsen, S.J. & Bjerrum, M.B. (2017). *Fra forskning til praksis* (P. Pedersen, red.; 1. udg.). Munksgaard.

Scammell, J.M.E., Apostolo, J.L.A., Bianchi, M., Costa, R.D.P., Jack, K., Luiking, M.L. & Nilsson, S. (2020). Learning to lead: A scoping review of undergraduate nurse education. *Journal of Nursing Management*, January, 756-765. <https://doi.org/10.1111/jonm.12951>

Smith, D.E. (2006). *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Stanley, D. & Sherratt, A. (2010). Lamp light on leadership: Clinical leadership and Florence Nightingale. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 115-121.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01051.x>

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2016). *Bekendtgørelse til professionsbachelor i sygepleje*.  
<https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2022/978>

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2023a). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i bioanalytisk diagnostik*. BEK nr 771 af 12/06/2023 (Gældende).

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2023b). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ergoterapi*. BEK nr 773 af 12/06/2023 (Gældende).

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2023c). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i fysioterapi*. BEK nr 772 af 12/06/2023 (Gældende).