

Udvikling af kliniske retningslinjer – refleksioner over lederens ansvar og rolle!

Af Marianne Tewes, cand. mag., Centerchefsyrgeplejerske, Hjertecentret, Rigshospitalet

I 2008 fik vi et Nationalt Clearinghouse for Sygepleje. Dermed har vi fået et sted, der samler, kvalitetsvurderer, systematiserer, registrerer, formidler og videreudvikler evidensbaserede kliniske retningslinjer i sygepleje. Alt sammen med det formål, at forskningsresultater skal blive til gavn for patienterne i det danske sundhedsvæsen, som Inge Madsen fra dasys sagde i sin tale på centrets officielle åbningsdag d. 3. september 2008.

Det er store ord, for effekten for patienterne kommer ikke, blot fordi vi har fået et center, der kan samle og formidle vigtig viden. For det første skal de kliniske retningslinjer udarbejdes. For det andet skal de – hvis der skal være tale om effekt – også internaliseres i praksis; dvs. de skal pløjes ned i de daglige rutiner (1). Det sker ikke af sig selv. Hverken det første, som er udgangspunkt for nedenstående refleksioner, eller det andet. Begge dele kræver, at lederne involverer sig i udviklingsarbejdet; at den faglige udvikling forankres i ledelsessystemet (2). Ledelse af udviklingsprocesser fordrer, at lederen går foran og sætter retning og går bagved og følger op og faciliterer processen (3).

Derfor er der brug for strategiske aktiviteter, der med konkrete handlingsanvisninger kan sætte retning og fremme udvikling og anvendelse af kliniske retningslinjer i praksis. I den praksis, jeg kommer fra – Rigshospitalets Hjertecenter – ser vi kliniske retningslinjer som et væsentligt element til de strategiske aktiviteter, vi på centerniveau allerede arbejder med for at udvikle en profession (4). Dvs. en praksis med faglighed baseret på et teoretisk fundament, fagidentitet, systematisk oplæring af nyansatte i praksis samt mulighed for et karriereforløb i det kliniske felt (5).

Ideen med et center for kliniske retningslinjer passer med de visioner, strategier og processer, vi arbejder med i Hjertecentret (6). Jeg ser frem til, at de krav og forventninger, centret for kliniske retningslinjer har til praksis om at udarbejde kliniske retningslinjer kan lægge pres på både os og danske sygeplejersker generelt, så der kommer mere fart over feltet med bevægelse mod en praksis, der i højere grad bygger på dokumenteret viden.

Når vi ser på sygeplejefprofessionen som helhed, skal vi være i stand til at gå kvalificeret til opgaven med at få udarbejdet evidensbaserede kliniske retningslinjer. De fleste større hospitaler har kliniske sygeplejespecialister eller udviklingsyrgeplejersker, som har en kandidat- eller masteruddannelse, ansat. Dermed har hospitalerne en række af de kvalifikationer og kompetencer, der er nødvendige for at gå ind i dette udviklingsarbejde. Men meget læring sker gennem deltagelse og øvelse (7). Det er først gennem deltagelse i udviklingen af de kliniske retningslinjer, at det bliver muligt at tilegne sig færdigheder i at anvende metoden og udvikle kompetencer til at udføre opgaven kvalificeret.

Derfor er det vigtigt, at lederen – og det vil formentlig langt de fleste steder være en oversygeplejerske – påtager sig lederskab og sætter processen i gang og overvåger, at den forløber hensigtsmæssigt, inspirerer og følger op med nødvendige tiltag. Det handler om at

skabe tid og rum. Det handler også om at være med til at sætte den faglige dagsorden (3). Hvilket kan ske ved at deltage i prioriteringen af de kliniske områder, der skal arbejdes med. Når oversygeplejersken deltager i prioriteringen, kan han/hun være med til at sikre, at valget af de områder, der skal udarbejdes kliniske retningslinjer for, finder sted på baggrund af et dokumenteret behov og ikke alene, fordi nogen finder det interessant at arbejde med.

Det er et nyt udviklingsområde, vi bevæger os ind i. Derfor vil jeg foreslå, at lederen tager initiativ til, at de sygeplejersker, som skal lede og udføre arbejdet med at udvikle kliniske retningslinjer, uddannes i at anvende AGREE instrumentet. AGREE instrumentet er det redskab, som de bedømmere, der er tilknyttet center for kliniske retningslinjer, bliver uddannet i at anvende, når de skal vurdere kvaliteten af de kliniske retningslinjer, der bliver sendt ind til centret. Dette kursus er også velegnet som vejledning for dem, der skal udvikle retningslinjerne. For når man bruger instrumentet omvendt, bliver det et særdeles velegnet redskab, der kan anvendes som guide til at vise kvalitetsniveauet, når vi i praksis skal udarbejde kliniske retningslinjer.

I procedurevejledningen for udarbejdelse og indsendelse af kliniske retningslinjer står der, at det er den ansvarlige i afdelingsledelsen eller klinikledelsen (dvs. oversygeplejersken), der indsender de kliniske retningslinjer, og at det igen er oversygeplejersken, der modtager retningslinjen, når den kommer retur med vurderingen. Det fritager os for, at skulle bruge tid på at forholde os til, hvem der har opgaven. Det står skrevet i proceduren. Det er godt set fra bestyrelsens side, for på den måde får lederen en ekstra mulighed for at danne sig et fagligt overblik over, og en indsigt i, de kliniske problemstillinger i egen praksis. Og det giver overblik over, hvilke afsnit eller områder, der arbejdes med i denne udviklingsproces, og hvilke der ikke gør. Endvidere kan oversygeplejersken med et sidste blik på værket fungere som kvalitetskontrol, så det, der sendes ud fra klinikken eller afdelingen, har et vist niveau.

Endelig er der den del af proceduren, hvor den kliniske retningslinje kommer retur med rigtig mange kommentarer om alt det, der skal ændres, før kvalitetsniveauet er i orden set ud fra videnskabelige kriterier. Der er ikke mange sygeplejersker i den kliniske praksis, der har erfaring med at modtage kritik på dette niveau. Det er vel kun de sygeplejersker, der har udarbejdet en artikel til et videnskabeligt tidsskrift. Det er min erfaring, at en vurdering og tilbagemelding baseret på videnskabelige kriterier kan være en hård nød. Der ses reaktioner som *'Så må de selv lave det'*, *'Det gider jeg ikke være med til'*, *'Det er helt urimeligt'*, *'Det kan jeg ikke finde ud af'* og *'Tror de ikke jeg har andet at lave'*. Det er udsagn, der kan være udtryk for en følelsesmæssig tilstand, der kan ende med, at retningslinjen ikke bliver udarbejdet – og i værste fald, at sygeplejersken påføres et nederlag, fordi hun tror, at hun skal kunne, før hun har lært! Derfor er det vigtigt, at ansvaret for opfølgningen placeres hos oversygeplejersken, så han/hun får mulighed for at støtte op om sygeplejerskerne, og sikre at processen ikke går i stå. Oversygeplejersken får på denne måde også indsigt i, hvilke kompetencer, der er tilstede i afdelingen eller klinikken, og hvilke der mangler, så eventuel undervisning kan sættes i gang, hvor det er nødvendigt; fx litteraturstudie, træning i at læse og vurdere videnskabelige artikler og/eller at systematisere den indsamlede litteratur. Alt sammen kompetencer, der relaterer sig til de analytiske kompetencer, der er nødvendige for at gå ind i dette udviklingsarbejde. Med andre ord: udarbejdelsen af den eller de første kliniske retningslinjer bør tilrettelægges som en læreproces.

Når vi er nået så langt, kommer arbejdet med at få de kliniske retningslinjer som idé internaliseret i praksis. Viljen til at ville formidle og dele viden med hinanden er første skridt på vejen, men det skaber ikke i sig selv forandringer i sygeplejefprofessionens måde at tænke og handle på. Det kræver også fagligt lederskab, men grobunden kan lægges gennem de første processer med at udarbejde de kliniske retningslinjer!

Litteratur

1. Christensen, S., Kreiner, K. Projektledelse i løst koblede systemer. Jurist- og Økonomiforbundets Forlag; 1991.
2. Andersen F. B. Projektledelse som pædagogisk ekspeditionsledelse i et fagligt terræn. I: Faglig ledelse i sundhedsvæsenet. Gyldendal Uddannelse; 2002, s. 87-97.
3. Jørgensen H. C., Warring N. Læring på arbejdspladsen. I: Illeris Knud (red.): Udspil om læring i arbejdslivet. Roskilde Universitetsforlag; 2002, s. 37-63.
4. Tewes M., Pedersen U. Udvikling af en profession i praksis. Tidsskrift for sygeplejeforskning; 2006.
5. Kruse S. Pædagogisk Professionalisme i Universitetsundervisningen. Aalborg Universitet. Dansk Center for Naturvidenskabsdidaktik; 2001.
6. Ledende sygeplejersker i Hjertecentret. Visioner, Tanker og Strategier for Sygeplejen i Hjertecentret 2007-2009 (Red.). Rigshospitalet; 2007.
7. Kolb D. A. Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experimental Learning in Higher Education. Academy of Management Learning & Education; 2005, Vol. 4 No. 2, pages 193-212.