

# MELLEM KONFLIKT OG KONSENSUS

—

## DIALOGUDVIKLING PÅ HOSPITALSKLINIKKER

**Af Helle Hedegaard Hein, CVL/CBS**

[helle.hein@mail.dk](mailto:helle.hein@mail.dk)

### **Abstract**

På baggrund af et aktionsforskningsprojekt er der indsamlet erfaringer om, hvordan man kan udvikle dialog på tværs af fagprofessioner i sygehusvæsenet, og hvad der sker, når man forsøger at udvikle dialog. Projektet har tre centrale bidrag. For det første udvikles med udgangspunkt i en fænomenologisk kommunikationsforståelse en model for dialogudvikling i sygehusvæsenet. For det andet udvikles med udgangspunkt i proceskonsultationstankegangen en mere praktisk orienteret metode til dialogudvikling i sygehusvæsenet. Og for det tredje bidrager projektet med viden om sygehusfeltets aktører og om, hvad der sker, når man forsøger at udvikle dialog i sygehusvæsenet ud fra deisen om, at den bedste måde at forstå et system på er ved at forsøge at ændre det. Projektets resultater viser, at dialogen har svære kår i sundhedsvæsenet, men at den kan lykkes, hvis de rette forudsætninger er til stede.

### **Indledning**

Dialogstyring og dialogbudgettering hører til ordforrådet i moderne, dansk sygehusledelse. Dialogstyring har til hensigt at bygge bro mellem forskellige verdensbilleder, og rundt omkring på landets sygehuse har man forsøgt sig med nye ledelsesformer, der blandt andet skal understøtte den til tider besværlige problemløsning på tværs af fagprofessioner. Men dialogen har ikke kun horisontale, men også vertikale dimensioner. Dialogbudgettering er en form for kontraktstyring, hvor en tilsigtet dialog mellem f.eks. en sygehusdirektion og en afdelingsledelse har til hensigt at skabe konsensus, f.eks. om en afdelings økonomiske, driftsmæssige og kvalitetsmæssige mål for det kommende år.

Men der er i praksis ofte langt fra de gode intentioner til den daglige ledelsespraksis. Forskellige verdensbilleder, sammenbrud i kommunikationen, fastlåste interaktionsmønstre, onde cirkler, frustrationer som følge af misforståelser, forgæves forsøg på at finde fælles accepterede løsninger etc. er ikke noget særende for livet på landets hospitaler – de problemstillinger findes i alle organisationer. Men kombineret med hospitalernes stærke fagbureaukrati og stærke traditioner, fagkulturer og magtmønstre synes problemerne større her end andre steder.

I den skandinaviske sygehusledelseslitteratur beskrives sygehusfeltet som et komplekst system, der skal håndtere mange forskelligartede og komplekse opgaver. Behandling og pleje af sygdomme foregår dels som rutineprægede aktiviteter, f.eks. i forbindelse med elektive operationer og ambulante behandling, som dermed har karakter af driftsopgaver, dels som akutte hændelser samt uforudsete hændelser, der har karakter af udviklingsopgaver (se f.eks. Borum, 1997). Sygehusfeltet er endvidere karakteriseret ved en kompleks og svært overskuelig struktur, en til tider tvetydig opgavefordeling og mange interne og eksterne aktører, der stiller forskellige og ofte modsatrettede krav til sygehusvæsenet, hvorved der skabes krydspres

(se f.eks. Melander, 1997). Sygehusfeltet beskrives også som et felt, der er præget af utallige forandringsinitiativer og dermed af stor turbulens (se f.eks. Bentsen et al., 1999). På trods af de mange forandrings- og udviklingsprocesser beskrives sygehusvæsenet også som et væsen, der er præget af inert, dekobling og handlingslammelse, og hvor forandringsprojekter ofte mødes af stor modstand og har ringe effekt (se f.eks. Borum, 1999).

En af de centrale problemstillinger, der hyppigt refereres til, er den professionsdominans, der præger sygehusfeltet. Sygehusfeltet er præget af mange forskelligartede aktører og faggrupper, der for en stor dels vedkommende er samlet i stærke professioner. De professionelle er specialister, som qua deres fag og profession har stor magt. Magten opnås dels ved den viden, der knytter sig til faget og professionen, dels ved den autonomi, der karakteriserer et professionelt bureaukrati, hvor det er de professionelle og semi-professionelle, der udgør den operative kerne og dermed forestår en stor del af sygehusenes daglige drift. Professionsdominansen og fagbureaukratiet er et tveægget sværd: På den ene side har det sin berettigelse, fordi det sikrer en fagprofessionel, specialiseret og forsvarlig opgavehåndtering. På den anden side danner det basis for en række problemer.

De fagprofessionelles forskellige subkulturer, livsverdener eller verdensbilleder er omdrejningspunktet for en række af disse problemer. Eriksen & Ulrichsen (1991) beskriver, hvordan forskelle i de fagprofessionelles subkulturer skaber en række samarbejdsvanskeligheder på tværs af fag. Kragh Jespersen (2003) anlægger et magtperspektiv og påpeger, hvordan fagprofessionerne strides om, hvad der er relevant viden. Borum (1997) beskriver, hvordan de professionelle og semi-professionelle i sygehusvæsenet qua "professionernes sporbundne læreprocesser" er fanget i en kompetencefælde, hvor de er kreative inden for eget fagområde, men præget af tunnelsyn, når det gælder problemstillinger, der rækker ud over de respektive, afgrænsede fagområder.

De fagprofessionelle er med andre ord gode til at lære inden for rammerne af deres fag, men de er dårlige til at lære uden for rammerne af deres fag og dermed også på tværs af fag. Set ud fra den enkelte profession gør det professionen sårbar, da mulighederne for udvikling er begrænsede, hvilket på sigt truer professionens overlevelse. Set ud fra et større perspektiv kan de verdensbilleder, der knytter sig til den enkelte profession, være stærkt hæmmende for mulighederne for organisatorisk læring, vidensdeling og forandring i sygehusfeltet.

Igangsættelse af dialogprocesser fremhæves i sygehusledelseslitteraturen som en mulig løsning på disse problemer. Fælles for den litteratur, der på nuværende tidspunkt foreligger, er dog, at de løsninger, der angives, enten er meget skitseprægede eller relativt abstrakte. F.eks. peger Borum på, at der ligger en ledelsesmæssig udfordring i at få etableret en dialog mellem de professionelle (Borum, 1997). Klaudi Klausen (2003) peger på "*en kommunikativ proces, hvor der tilbydes fortolkninger, som kan gøres til genstand for prøvelse gennem dialog*" som en mulig løsning (Klaudi Klausen, 2003, p. 445).

Melander (1997) og Dechow & Majgaard (1996) fremfører det mest udviklede tankesæt omkring udvikling af dialog i sygehusvæsenet. Begge peger på en konfrontation mellem de forskellige aktørers virkelighedsopfattelse som en mulig løsning. Løsningen ligger i igangsættelsen af "*konfrontationsprocesser, hvorunder aktører gennem refleksion og handling 'afprøver' og producerer deres virkelighedsopfattelse og handlingsrum*" samt i dannelsen af laboratorier, hvor "*man søger at iscenesætte og udvikle et fælles*

*dynamisk forhandlingsrum med nogle fælles accepterede spilleregler, hvorigennem aktøerne på tværs af sociale grænser og subkulturer kan artikulere og konfrontere deres værdiopfattelser, handlingsregler og ændringsbehov” (Melander, 1999, p. 286).*

Tankesættet er normativt og abstrakt, idet der ganske vist udvikles en tentativ model for dialogudvikling, men der udvikles ikke en egentlig model med et tilhørende veludviklet teoretisk og metodisk begrebsapparat, og der gives ikke konkrete handlingsanvisninger på, hvordan en sådan dialog udvikles. Endelig mangler der i litteraturen systematiske erfaringer med dialogudvikling i praksis.

Projektet, som dette paper omhandler, udfylder dette hul ved på baggrund af et ca. 4-årigt aktionsforskningsprojekt at præsentere nogle væsentlige erfaringer og konklusioner om dialogudviklingens muligheder og barrierer i sygehusvæsenet. Det overordnede formål med projektet har været at udvikle og afprøve en teoretisk og metodisk model for dialogudvikling i sygehussektoren for på den måde dels at kunne udvikle en normativ teoretisk og metodisk model for dialogudvikling, dels at kunne udvikle en deskriptiv model for de faktorer, der hhv. hæmmer og fremmer en dialog i sygehusfeltet. To grupper, en monofaglig bestående af operations- og anæstesisygeplejersker, og en tværfaglig bestående af læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter, har deltaget i hver deres praktiske dialogudviklingsforsøg med vidt forskellige resultater til følge.

## **Hvad er dialog?**

Et af dialogudviklingsprojektets formål var at udvikle en teoretisk og metodisk model for dialogudvikling. I det følgende redegøres der kort for dialogudviklingsmodellens teoretiske fundament. Senere redegøres der for modellens metodiske fundament, og på den baggrund opstilles den normative dialogudviklingsmodel, der har været udgangspunktet for de praktiske dialogudviklingsforsøg.

## **En fænomenologisk dialogteori**

De praktiske dialogudviklingsforsøg, som beskrives senere i dette paper, er baseret på en dialogudviklingsmodel, der er udviklet med grundstamme i fænomenologien. Årsager til kommunikationsproblemer forklares inden for fænomenologien med, at vi qua forskellige verdensbilleder danner forskellige billeder eller fænomener af den samme virkelighed, samtidig med, at vi populært sagt mener, at vi hver især har patent på "sandheden".

Selv om der inden for filosofien og psykologien findes forskellige definitioner af, hvad et "fænomen" er, så rummer definitionerne også en fællesnævner, idet de alle betragter "fænomenet" som en modsætning til selve tingen. I fænomenologien gøres der op med ideen om, at der eksisterer en objektiv verden, som kan begribes. Fænomenologer som f.eks. Husserl mener, at det er vores bevidsthed, der konstituerer de "fakta", der kaldes den objektive verden. Det, individet erkender, er dermed ikke ting, der kan betragtes objektivt, men derimod subjektive repræsentationer af den objektive virkelighed (Misiak & Sexton, 1996; Husserl, 1997; Lübcke, 1982).

Fænomenologernes ultimative mål er at forstå essensen af et fænomen. Målet til forståelsen sker igennem en undersøgelse, der har til formål at give en ren beskrivelse af fænomenet. Det kan ifølge Husserl kun lade sig gøre, hvis man midlertidigt frigør sig for forudfattede meninger. Bias, teorier, holdninger, vaner etc. skal sættes i parentes, alle fordomme skal suspenderes. En sådan tilstand kalder Husserl epoché, og først når man har opnået epoché, kan man foretage en frugtbar undersøgelse af fænomenet, for først da kan man undersøge, hvad der har modstået koblingen af foruddannede meninger (Misiak & Sexton, 1966; Husserl, 1997; Lübcke, 1982).

Husserl's pointe er, at når vi ser noget, så knytter vi også pr. automatik en mening til den ting, vi ser. Husserl bruger selv et træ som eksempel. Et træ kan gøres til genstand for kemiske, fysiske og biologiske analyser etc., og disse materielle betingelsers niveau kan give os en objektiv beskrivelse af træet, men ingen af disse beskrivelser fortæller noget om, hvordan vi *oplever* træet. Husserl's pointe også, at hvis vi vil lære genstanden nærmere at kende og evt. erfare noget nyt om genstanden, så må vi midlertidigt forlade den mening, vi knytter til genstanden. For at gøre det – for at lære at udøve epoché – må vi gøre brug af den fænomenologiske metode.

Der er givet flere bud på, hvad den fænomenologiske metode skal indeholde. Den hyppigst anvendte model er opdelt i tre faser: 1) Umiddelbar forståelse af fænomenet; 2) Analyse og 3) Beskrivelse (Misiak & Sexton, 1966; Husserl, 1997). Den umiddelbare forståelse af fænomenet kræver, at man retter sin opmærksomhed og koncentration mod fænomenet; analyse handler om at være bevidst om, reflektere over og forstå, hvilke komponenter fænomenet består af, og hvilket indbyrdes forhold de enkelte komponenter har; og beskrivelse drejer sig om at forklare det opfattede, forståede og analyserede fænomen på en sådan måde, at andre kan forstå det. Alle tre faser kræver, at man udøver epoché.

### **Kommunikation i et fænomenologisk perspektiv**

Betragtes en samtale mellem to personer i et fænomenologisk perspektiv, må samtalen betragtes som en kommunikation mellem to individer, for hvem de samme objektive ting fremtræder som forskellige, subjektivt oplevede fænomener.

Fænomenologen vil argumentere for, at det, der er afgørende for, hvilket fænomen vi danner, er vores verdensbillede. Et verdensbillede er betinget af såvel individuelle som sociale og kulturelle forhold. Husserl (1997) opererer i tre niveauer med, hvad der er styrende for vores verdensbillede og dermed for vores adfærd og de fænomener, vi danner, jf. figur 1:

Handlinger
Meninger, holdninger, værdier, hensigter, følelser
Personlighed og erfaringer

Figur 1: Et verdensbilledes bestanddele  
Kilde: Egen tilvirkning

Hvert niveau er manifesterende for det, der befinder sig på det underliggende niveau (Føllesdal et al., 1999), dvs. personlighed er bestemmende for meninger, holdninger etc., som igen influerer på handlinger. Vores verdensbillede er dermed styrende for, hvad vi opfatter som værende rigtigt og forkert, sandt og falskt,

smukt og grimt, væsentligt og uvæsentligt etc. Det er også inden for verdensbilledets rammer, at vi formulerer, analyserer og løser problemer.

Verdensbilledet dækker altså over de grundlæggende antagelser om virkeligheden, som vi tænker og handler ud fra, samt normer, værdier, holdninger etc. Det er nogle dybe strukturer, som til dels er ubevidste, og som vi derfor ikke stiller spørgsmålstegn ved. I og med at der ikke stilles spørgsmålstegn ved en del af vores verdensbillede, tager vi ofte vores verdensbillede for givet. Vores verdensbillede bliver lig med en for os objektiv virkelighed og dermed lig med sandheden. Tingene *er* sådan, som vi opfatter dem. Møder vi en person, som opfatter tingene anderledes, vil vi være tilbøjelige til at mene, at vedkommende har taget fejl. Afhængig af situationen vil vi så enten ryste på hovedet, forsøge at forklare vedkommende, at han har taget fejl, diskutere med vedkommende eller blive irriteret over, at vedkommende tænker og handler så tilsyneladende irrationelt.

En samtale mellem to personer vil således være en samtale mellem to verdensbilleder, der adskiller sig mere eller mindre fra hinanden, og som derfor som udgangspunkt vil danne forskellige fænomener. Man kan dog forestille sig, at der kan dannes betydningsfællesskaber eller fortolkningskollektiver, hvor to personer oplever de samme fænomener. F.eks. kan man forestille sig, at der inden for en given faggruppe på visse områder opstår et fortolkningskollektiv, men fortolkningskollektiver kan også forekomme på tværs af faggrupper.

### **Dialog som samtaleform**

Den almindelige opfattelse af dialog er, at det er det modsatte af en *monolog*. Men en dialog har ikke noget med antallet af deltagere i samtalen at gøre. For at forstå et ords betydning er det ofte nyttigt at se på ordets oprindelse. Dialog stammer fra græsk, *dia + logos*. Logos betyder ord eller mening. Dia betyder ikke to, men igennem. Dialog betyder altså noget i retning af mening, der strømmer igennem noget (Bohm, 1996).

Dialog er en særlig samtaleform, som adskiller sig markant fra andre samtaleformer, f.eks. diskussion og debat. Både dialog, debat og diskussioner er klassiske samtalediscipliner, som kan genfindes tilbage til det antikke Grækenland. For at forstå forskellene på de forskellige samtaleformer er det igen nyttigt at se på den oprindelige betydning af ordene.

Den oprindelige betydning af ordet *diskutere* er at splitte ad eller rive i stykker. Ordet diskussion har samme rødder som perkussion og det engelske "concussion". Begge ord giver associationer i retning af noget, der slås hårdt imod hinanden, og noget, der går i stykker (Bohm, 1996).

En diskussion kan altså karakteriseres som en samtale, hvor man forsøger at rive sin samtalepartners argumenter i stykker. Det gøres ved at påvise, at der er svagheder i argumentationen, at argumentet er baseret på forkerte data etc. Vinderen af diskussionen er den, der har de bedste argumenter, dvs. de argumenter, der ikke lader sig rive i mange stykker.

Den oprindelige betydning af ordet *debattere* er at slå ned, dvs. at slå sin samtalepartners argumenter ned. Ordet kendes fra debat og det engelske "battle". Begge ord giver associationer i retning af, hvad den

oprindelige betydning af en debat er: En valplads, hvor der slås hårdt for at redde sig selv og for at vinde (Isaacs, 1999).

I en debat behøver man ikke nødvendigvis at have bedre argumenter end den anden eller beviser for, at den andens argumenter er svage eller forkerte. En debat vindes i høj grad på retorik og ikke på det bedste argument. I en debat forsøger begge parter at forsvare sig mod modpartens argumenter ved at hindre en nærmere undersøgelse af ens egne argumenter – bolden bliver så at sige hele tiden spillet over til modstanderen. Denne samtaleform kendes fra politiske debatter, hvor man nærmest som i en sportskamp dyster på denne form for retorik.

Hver af disse to væsensforskellige samtaleformer hviler altså på hvert sit sæt af værdier og antagelser, som giver samtaleformen nogle distinkte karakteristika, og som har vidt forskellige implikationer for samtals resultat, jf. figur 2 (Ellinor & Gerard, 1998):

<b>Dialogue</b>	<b>Discussion/Debate</b>
Seeing the <i>whole</i> among the parts	Breaking issues/problems into <i>parts</i>
Seeing the <i>connections</i> between the parts	Seeing <i>distinctions</i> between the parts
<i>Inquiring</i> into assumptions	<i>Justifying/defending</i> assumptions
<i>Learning</i> through inquiry and disclosure	<i>Persuading, selling, telling</i>
Creating <i>shared</i> meaning among many	Gaining agreement on <i>one</i> meaning

Figur 2: Forskellige samtaleformers karakteristika  
Kilde: Ellinor & Gerard, 1998, p. 21

Fælles for diskussioner og debatter er, at de hviler på en præmis om, at der i en given situation er ét rigtigt svar eller ét rigtigt perspektiv, der som regel svarer til ens eget. Når man engagerer sig i en diskussion eller en debat, er det derfor med det formål at vinde, at få ret, at overtale, at forklare modparten, at vedkommende tager fejl eller lign. I både diskussioner og debatter tager samtalen udgangspunkt i et emne, hvor hver part gør sig til talsmand for hvert sit synspunkt eller perspektiv. Styrken i modpartens argumenter og synspunkter efterprøves ved at bryde problemet ned i dele, som analyseres hver for sig. Endemålet for en diskussion eller en debat vil som regel være at nå frem til en konsensus omkring ét bestemt verdensbillede (ofte ens eget).

Dialogen, derimod, hviler på en præmis om, at der i en given situation er flere valide svar og perspektiver. Dermed hviler dialogen på den fænomenologiske præmis om, at samtalen finder sted mellem to subjekter, og at ingen af de to subjekter formår at indfange den objektive virkelighed, men i stedet danner subjektive repræsentationer af virkeligheden. Dermed er der ingen, der har det ultimativt rigtige synspunkt eller svar. Når man engagerer sig i en dialog, er det blandt andet med det formål at forstå den anden persons synspunkter og i fællesskab forsøge at skabe ny mening, et fælles tredje, på basis af de verdensbilleder, der er til stede i samtalen.

I en dialog lægges der vægt på et holistisk syn, hvor problemerne godt kan nedbrydes i mindre, analytiske enheder, men hvor der lægges vægt på også at se forbindelserne mellem delene. Vejen til dialog går igennem at bevidstgøre, udforske og stille spørgsmålstegn ved eget og andres verdensbillede og de værdier og antagelser, verdensbillederne er baseret på. Målet er at udfolde en fælles mening frem for at nå frem til én rigtig mening, som det ofte er tilfældet i debatter og diskussioner (Isaacs, 1999; Schein, 1994).

Dialogens centrale elementer er den kollektive granskning, hvor deltagerne gradvist lærer at suspendere deres verdensbilleder og deres defensive rutiner og udforske årsagerne til den defensive adfærd. Dialogens grundtanke er altså, at dialogen kan fungere som et redskab til at skabe ny forståelse og fælles mening for derigennem at kunne skabe et nyt fundament af tanke- og handlemønstre.

## **Dialogens elementer**

Den her anvendte dialogteknologi er udviklet af William Isaacs (1999), som på baggrund af David Bohm's dialogfilosofi (se f.eks. Bohm, 1996) har udviklet en dialogteori baseret på fem grundelementer:

- 1) Proprioception
- 2) Lytte
- 3) Tale
- 4) Respektere
- 5) Suspendere

Proprioception kaldes også populært for "stillingssans" og betegner menneskets evne til at vide, hvor vores lemmer er placeret, også selv om vi holder øjnene lukkede. Hjernen modtager hele tiden feedbacksignaler om, hvor vores lemmer er, og hvad de "foretager" sig, men proprioceptionssansen kan være mere eller mindre veludviklet. Vi er alle i stand til med lukkede øjne at sige, om vores arme er bøjedede eller strakte, men vi er f.eks. ikke alle i stand til at bøje armen i en nøjagtig 45 graders vinkel. Proprioception er dog noget, der kan trænes. F.eks. træner balletdansere foran et spejl for at træne en nøjagtig placering af arme og ben, og efter års træning vil en god balletdanser ikke behøve spejlet for at vide, om ben og arme er placeret rigtigt. I dialogmæssig henseende bruges proprioception om evnen til at være bevidst om, hvordan man tænker, når man tænker. Det handler dels om at være bevidst om, hvordan man i mange sammenhænge handler på baggrund af erfaringer, som uden videre overføres fra én situation til en anden, uden at man vurderer, om det er rimeligt at overføre erfaringerne. I nogle tilfælde kan erfaringsoverførsel være hensigtsmæssigt, men i andre tilfælde kan det hindre udvikling. I dialogmæssig henseende er erfaringer uhensigtsmæssige, hvis vi f.eks. på baggrund af vores erfaringer tillægger andre personer motiver eller forudsætter, at vi ved, hvad de vil sige, fordi der dermed opstår fastlåste interaktionsmønstre, som kan være svære at bryde, og som hindrer dialogen.

Lytte og Tale burde give sig selv, når man snakker om dialog – men det gør det ikke! At lytte er ikke blot at lytte. Det er heller ikke blot at "lytte åbent", dvs. fordomsfrit og empatisk. Det er nødvendigt at lytte fordomsfrit og empatisk, men det er ikke tilstrækkeligt. En fordomsfri og empatisk lytning medfører ikke pr. automatik, at man stiller spørgsmålstejn ved sit eget verdensbillede og det værdisæt, verdensbilledet er bygget op omkring. Det at lytte handler derfor ikke kun om at lytte til det, den anden siger – det handler i høj grad også om at lytte til sin egen indre stemme. Når man føler trang til at reagere på det, den anden siger, så skal man i stedet for at reagere, lytte til sin indre stemme og spørge sig selv, hvorfor man har lyst til at reagere. Kun derigennem kan man blive bevidst om de værdier, der styrer ens handlinger og dermed også kommunikationen. Som én af deltagerne i dialogprojektet formulerede det: Man kan ikke lytte med munden fuld af ord!

Taleelementet indeholder også flere dimensioner. For det første handler det om at tale med respekt, jf. nedenfor. For det andet handler det om at være opmærksom på dynamikken i gruppen. Hvem taler meget? Hvem sætter dagsordenen? Hvem er altid kritisk? Hvem bringer altid nye emner på banen? Etc. For det tredje handler det om måden, man taler på, herunder primært at man er opmærksom på, hvornår man falder i debat- eller diskussionsgrøften.

Respektelelementet handler om, at man anerkender alle fortolkningskemaer som værende gyldige og ligeværdige. At udvise respekt er ikke det samme som at være høflig. At respektere stammer fra *re + spekere* og betyder oprindeligt at se én gang til. At tale med respekt betyder altså, at man også taler fordomsfrit. At udvise respekt for andre kan oversættes til, at man oprigtigt mener, at man kan lære noget af andre. Det kræver som ovenfor, at man er villig til at sætte troen på sit eget verdensbillede på spil.

Suspension handler om at udvikle en evne til at suspendere sit eget verdensbillede, dvs. at man for en stund forlader sit eget verdensbillede og sætter sit værdisæt på hold. Suspensionen har udelukkende til formål at sætte individet i stand til for det første at granske sit eget verdensbillede og sætte spørgsmålstejn ved de værdier og kategorier, der udgør verdensbilledet, og for det andet at sætte individet i stand til at lytte, tale og respektere i dialogisk forstand. Der er således klare paralleller mellem dialogteoriens suspensionsbegreb og fænomenologiens epochébegreb. Hvor epoché i den fænomenologiske metode er forudsætningen for en frugtbar undersøgelse af fænomenet, er suspensionen forudsætningen for en fordomsfri undersøgelse og forståelse af eget og andres verdensbillede. Der skelnes mellem to former for suspension. Suspension I handler om, at egne og andres tanker bliver gjort eksplicite. Suspension I drejer sig dermed udelukkende om, at de forhold, som én af parterne i en samtale er bevidst om, bliver manifesterede i samtalen. F.eks. vil der være ting i en samtale, som er ubevidst hos én selv, men synligt for andre i gruppen, og disse ting kan blive gjort bevidst og manifest for alle i gruppen, f.eks. hvis man af et andet gruppemedlem bliver gjort opmærksom på, at der er en diskrepans mellem ens handling og ens ytringer. Suspension II handler om at gøre det ubevidste bevidst. Det er et spørgsmål om, at individet selv skal blive bevidst om de processer, der ligger til grund for såvel tanke- som handlemønstre.

Disse elementer er de elementer, der indgår i en dialogkompetence. Udviklingen af en dialogkompetence hos dialogdeltagerne er dog ikke i sig selv nok til at sikre udviklingen af en dialog. Dialogen kræver trygge rammer og tillid og enighed om dialogen som samtaleform, dels fordi man blottet sig i en dialog og dermed bliver et let offer, hvis man er den eneste, der forsøger at gå i dialog, dels fordi dialogudviklingsprocessen rummer kritiske faser, som kun kan overvindes, hvis der er gensidig tillid blandt dialogdeltagerne. Man taler således om dialogens "container" som de rammer, der sikrer, at dialogdeltagerne trygt kan engagere sig i den til tider følsomme og besværlige proces det er at suspendere eget verdensbillede, granske eget og andres verdensbillede og arbejde på at nå frem til et fælles tredje.

## **Dialogens formål**

De væsentligste formål med dialogudvikling i organisatorisk sammenhæng er følgende:

- At hindre handlingslammelse, konflikter, forvirring etc. som følge af inkompetent eller utilstrækkelig håndtering af tilstedeværelsen af forskellige verdensbilleder.

- At skabe bedre og mere effektiv kommunikation og derigennem effektivisere beslutningsprocesser. Hvis grupper kan kommunikere mere effektivt, vil de f.eks. hurtigere nå frem til en løsning på de problemer, de skal løse. Selv om dialogudviklingen indledningsvis kræver tid, er ét af dialogens formål at spare tid. Dialog kan forhindre brandslukning.
- At tilvejebringe kvalitativt bedre løsninger. Det kvalitative løft kan komme som følge af en øget kreativitet, fordi tilstedeværelsen af flere forskellige verdensbilleder udnyttes konstruktivt, således at der præsenteres flere forskellige perspektiver på de problemstillinger, gruppen skal finde en løsning på. Det kan også komme som følge af, at gruppen løser årsagen til problemet i stedet for at behandle de symptomer, problemet skaber. Eller det kan komme som følge af en granskning af de forskellige verdensbilleder.
- At øge læringskapaciteten. Manglende dialog kan hindre grupper i at finde løsninger, fordi gruppens tanke- og kommunikationsprocesser hindrer dem i at finde frem til det reelle problem, jf. andet punkt ovenfor.

De væsentligste midler hertil er jf. den fænomenologiske tilgang og ovenstående punkter følgende:

- At øge aktørernes bevidsthed om, at de arbejder ud fra forskellige mentale modeller, og at de kategorier, de anvender til at inddele verden i, er socialt tillærte konstruktioner af en objektiv virkelighed og dermed arbitrære. Det indebærer for det første, at andre kan have lige så gyldige måder at opdele virkeligheden på, og for det andet at vores kategorier og verdensbillede kan hindre os i at lære, fordi vores kategorier og vores verdensbillede udgør sandheden for os, hvorfor vi ikke stiller spørgsmålstejn herved.
- At gøre aktørerne bevidste om de tanke- og kommunikationsmønstre, der er i gruppen. Bevidstheden er den primære nøgle til at ændre tanke- og kommunikationsmønstrene.
- At skabe større forståelse mellem aktørerne ved at bygge bro mellem forskellige verdensbilleder og skabe fælles mening. Den fælles mening er ikke ensbetydende med, at de to verdensbilleder skal smeltes sammen til ét. Tværtimod er det dialogens hensigt, at hver part i samtalen som udgangspunkt bibeholder sit eget verdensbillede, samtidig med at vedkommende er i stand til at forstå andres verdensbillede.
- At gøre dialogdeltagerne bevidste om, hvordan deres respektive verdensbilleder manifesterer sig i samtalen, samt at opøve deres evne til at udøve epoché/suspension, dvs. midlertidigt suspendere deres verdensbillede i bestræbelserne på at forstå andres verdensbillede.

## **Dialogudviklingsmetoden i praksis**

### **Aktionsforskning**

Dialogudviklingsmetoden, som blev udviklet til dialogudviklingsprojektet, er baseret på aktionsforskningens grundlæggende tanke om, at den bedste måde at forstå et system på er ved at forsøge at ændre det. Aktionsforskningens formål er populært sagt at koble videnskab til praksis, således at formålet på den ene side er at skabe ændringer i praksis, og på den anden side at udvikle videnskabelig viden omkring disse ændringer. Ændringerne finder sted i spændingsfeltet mellem status quo og et nyt univers (Argyris et al.,

1985; Lewin, 1967). I status quo-feltet har individet lært sig, hvilke handlinger der virker, og hvilke der ikke virker. Denne læring ligger dybt i individet, og der er skabt et sæt af normer og regler omkring denne læring, som tages for givet. Hvis man vil undersøge disse normer og regler, der understøtter et status quo, og hvis man vil undersøge individets adfærd og opretholdelse af status quo, må man konfrontere status quo og forsøge at ændre det. Denne konfrontation giver en unik viden om det system, der søges ændret – en viden, som f.eks. ikke kan opnås qua deskriptive undersøgelser.

Et aktionsforskningsdesign betyder således, at der 1) skabes viden om, hvad det er for kræfter og variable, der fastholder status quo; dvs. i dette tilfælde viden om, hvorfor er det så svært at udvikle dialog blandt fagfolk på sygehuse og 2) udvikles viden om, hvordan status quo kan ændres og til hvad; dvs. i dette tilfælde viden om, hvordan man i praksis kan udvikle en dialog.

## **Proceskonsultation**

I dialogudviklingsprojektet spillede jeg selv en central rolle som interventionist. Interventionsrollen blev tilrettelagt ud fra proceskonsultationsmodellen. I proceskonsultationsmodellen antages det, at klienten har brug for interventionistens deltagelse i hele processen fra diagnose til løsning, og det antages også, at klienten er den eneste, der besidder den fulde viden omkring organisationen. Dermed er klienten uundværlig i diagnosticeringen af problemet og i formuleringen af, hvilken løsning der vil være den bedste, ligesom det også antages, at klienten qua denne viden og qua samarbejdet med konsulenten vil være i besiddelse af de nødvendige evner til at implementere løsningen.

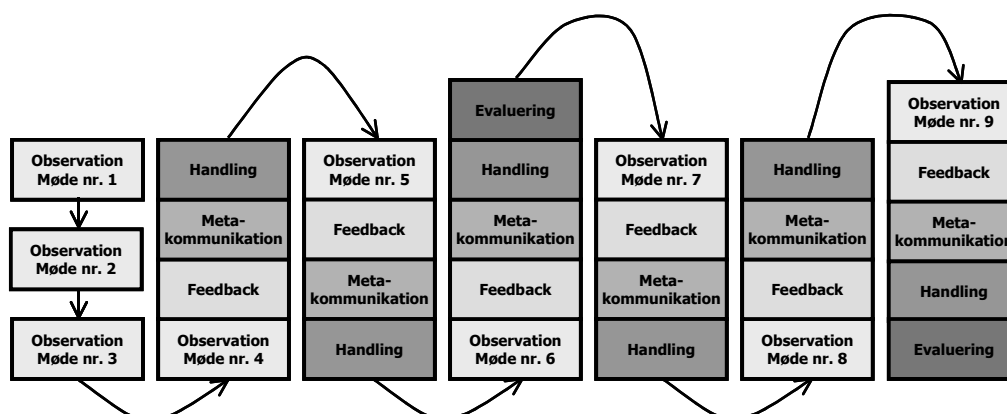
Proceskonsultationsmodellen er baseret på en række grundlæggende antagelser (Schein, 1987; Argyris & Schön, 1989):

- 1) Fordelen ved proceskonsultationsmodellen i forhold til andre interventionsmodeller (f.eks. køb af ekspertise-modellen og læge-patientmodellen, se Schein, 1999) er, at klienten ikke blot vil få løst sit aktuelle problem, men også vil have øget sine problemløsningsevner på længere sigt, fordi klienten selv har fundet frem til løsningen og selv har implementeret den. Klienten lærer at lære. I forhold til dialogudvikling betyder det, at proceskonsulenten ikke blot udvikler dialog i en gruppe, men at der udvikles en dialogkompetence, således at deltagerne også fremover og i andre kontekster er i stand til at udvikle dialog uden bistand fra en proceskonsulent eller lign.
- 2) I proceskonsultation kan diagnose og intervention ikke adskilles. Interventionisten indtager en slags terapeutrolle og hjælper klienten til selv at stille en diagnose. Proceskonsulentens opgave er at facilitere tilsynkomsten af relevante data, som klienten i samarbejde med proceskonsulenten kan analysere.
- 3) Proceskonsulentens vigtigste opgave er ikke at facilitere forandring. Forandring er klientens valg, og et valg, der skal baseres på valide data. I forhold til dialogudvikling betyder dette og ovenstående punkt, at proceskonsulenten har en særlig opgave i at præsentere dialogdeltagerne for data vedr. kommunikationen med det formål at skabe refleksion og efterfølgende handlingsinitiativer hos dialogdeltagerne. Proceskonsulentens rolle har i dialogudviklingsprojektet derfor været tilrettelagt som en "non-directive facilitator", og selve interventionsstrategien består af følgende faser: 1) Indledende diagnose; 2) Dataindsamling i klientgruppen; 3) Tilbage melding af data til klientgruppen; 4) Klientgruppens udforskning af

data; 5) Klientgruppens formulering af handlingsinitiativer; 6) Klientgruppens implementering af handlingsinitiativer og 7) Klientgruppens og proceskonsulentens evaluering og vurdering af resultaterne af handlingerne (French & Bell, 1999).

## Interventionsmodellen

Interventionsmodellen for dialogudviklingen fremgår af figur 3:



Figur 3: Interventionsmodel for dialogudvikling  
Kilde: Egen tilvirkning

I praksis har dialogudviklingsforsøgene i de to grupper været bygget op omkring følgende elementer:

- Observation af en allerede eksisterende møderække
- Feedback med oplæg omkring dialogens forskellige elementer
- Metakommunikation på baggrund af eksempler fra gruppens kommunikation
- Handling, hvor gruppen på baggrund af metakommunikationen kan tage initiativ til handling
- Evaluering

Dialogudviklingen har fundet sted i forbindelse med en eksisterende møderække. I den ene gruppe fulgtes afdelingssygeplejerskemøderne, i den anden gruppe klinikrådsmøderne. I begge møderækker fandt møderne sted hver 14. dag, og ud over de punkter, som gruppen havde på dagsordenen til de forskellige møder, var der afsat ca. 30 minutter pr. møde til dialogudvikling. Hvert møde har således bestået af en ikke-faciliteret, ordinær del samt en faciliteret, dialogfokuseret del. Så godt som alle møder i begge møderækker blev observeret.

Indledningsvis blev der foretaget en række observationer af møderne, hvortil der ikke var knyttet direkte intervention. Formålet med disse observationer var at få indsigt i møderækken med henblik på at kunne stille en indledende diagnose af gruppens kommunikation, som kunne udgøre det sammenligningsgrundlag, som en evt. udvikling i gruppens kommunikation ved projektets sluttidspunkt kunne ses på baggrund af.

Ved møderne er gruppernes kommunikation blevet observeret og nedskrevet. I praksis foregik det ved, at jeg sad med som en flue på væggen og skrev alt, hvad der blev sagt på mødet, ned på en bærbar computer.

Efter den indledende observationsfase har feedbacksessioner været et fast indslag på hvert møde i møderækken. Feedbacksessionerne har bestået af korte oplæg om dialogens elementer og har haft til formål at øge dialogdeltagernes kommunikative bevidsthed og give dem en fælles referenceramme at drøfte kommunikationen ud fra.

Feedbacksessionerne er fulgt op af en metakommunikation, dvs. kommunikation om gruppens kommunikation. På baggrund af observationerne af gruppernes kommunikation blev der udvalgt nogle eksempler på kommunikation, hvor gruppemedlemmerne har diskuteret en bestemt problemstilling. Disse nedskrevne eksempler, som altså ordret gengiver, hvad der er blevet sagt, er blevet udleveret til dialogdeltagerne på mødet, hvorefter de er blevet bedt om at gennemlæse eksemplet med det samme. I umiddelbar forlængelse heraf er metakommunikationen sat i gang, og dialogdeltagerne har frit kunnet sige, hvad der umiddelbart er faldet dem ind under gennemlæsningen af eksemplet. Dialogdeltagerne har fået besked på at forholde sig til den måde, de kommunikerer på i det givne eksempel, og har også fået besked på at være opmærksomme på, hvordan de kommunikerer om eksemplet.

Tanken med metakommunikationssessionerne er, at man ved at holde et spejl op for dialogdeltagerne øger den kommunikative bevidsthed, og at dialogdeltagerne på dette grundlag begynder at reflektere over kommunikationen, betydningen af forskellige verdensbilleder i kommunikationen etc. Disse data er ikke nye, idet de hele tiden har været til stede i gruppen, men det vil være data, som dialogdeltagerne ikke tidligere har været bevidste om.

På baggrund af metakommunikationssessionerne har dialogdeltagerne hver gang haft mulighed for at stille forslag om og vedtage handlinger, der kunne lede dem i retning af dialog.

Dialogudviklingsprocessen er blevet evalueret løbende for at sikre dialogdeltagernes indflydelse på processen og på min rolle som proceskonsulent.

## **Dialogudviklingsmodellen**

På baggrund af de metodiske og teoretiske overvejelser er der opstillet en dialogudviklingsmodel, som er afprøvet i praksis på de to grupper. Af figur 4 fremgår de faser, dialogudviklingsprocessen er opdelt i, samt hvilke områder, der er fokus på i de enkelte faser. Det fremgår også, hvilke elementer i en dialogkompetence, der udvikles i de respektive faser, ligesom det fremgår, hvilke interventionselementer der gøres brug af i de respektive faser.

Modellen er faseopdelt efter Lewin's trefasemodel for forandringer (Lewin, 1999). Herudfra må Fase 1 betragtes som optøningsfasen. Her skabes en kommunikativ bevidsthed gennem introduktion til det fænomenologiske tankesæt, verdensbilleders indhold og natur samt refleksion over tilstedeværelsen af forskellige verdensbilleder i kommunikationen. Denne kommunikative bevidsthed har til formål at udvikle

dialogdeltagernes proprioception. Gennem bevidsthed om og refleksion over, hvilke problemer den eksisterende kommunikationsform giver, skabes en indsigt i, hvilke problemer dialogen kan løse. Det betyder, at det også er i denne fase, at de gamle kommunikationsmønstre kan aflæres. Det er også i Fase 1, at dialogens "container" søges etableret.

Fase 2 er dels en fortsættelse af optøningsfasen, dels en påbegyndelse af forandringsfasen. Gennem en fortsat øget kommunikativ bevidsthed og gennem en forståelse og granskning af eget verdensbillede opøves ikke kun dialogdeltagernes proprioception, men også to øvrige elementer i en dialogkompetence, nemlig Suspension II og Lytte. Observationerne og feedbacksessionerne er centrale elementer i Fase 2, men det er metakommunikationssessionerne, hvor dialogdeltagerne får udleveret eksempler på deres egen kommunikation, der sætter forandringsfasen i gang.

	<b>Fase 1:</b> <b>Kommunikativ bevidsthed</b> (Optøning)	<b>Fase 2:</b> <b>Analyse af eget verdensbillede</b> (Optøning/Forandring)	<b>Fase 3:</b> <b>Dialogudvikling</b> (Forandring)	<b>Fase 4:</b> <b>Cementering af dialogkompetence</b> (Genfrysning)
<b>Fokus-områder</b>	Det fænomenologiske kommunikationstankesæt Den subjektive vs. den objektive virkelighed Forståelse af verdensbilleders indhold og natur Konsekvensen af forskellige verdensbilleder Nødvendigheden af flere verdensbilleder Aflæring af gamle kommunikationsmønstre	Forståelse af eget verdensbilledes indhold og natur Forståelse for egen brug af mangel- og kompletteringsmekanismer Forståelse af egen brug af erfaringer	Gensidig korrektion af forforståelse og eliminering af fordomme Gensidig forståelse og evt. korrektion af hinandens verdensbilleder Det fælles tredje Diagnose af kommunikationen	Fortsat udvikling og bevarelse af dialogkompetence, når der ikke længere er en facilitator til at forestå dialogudviklingen
<b>Elementer i en dialogkompetence</b>	Proprioception	Proprioception Suspension II Lytte	Proprioception Tale Respektere Lytte Suspension I Suspension II	Proprioception Tale Respektere Lytte Suspension I Suspension II
<b>Interventions-elementer</b>	Observation Feedback	Observation Feedback Metakommunikation på baggrund af eksempler på egen kommunikation Evaluerings	Observation Feedback Metakommunikation på baggrund af eksempler på egen kommunikation Handling Evaluerings	Afgøres af gruppen og facilitator i fællesskab

Figur 4: Dialogudviklingsmodellen

Kilde: Egen tilvirkning

Fase 3 er den egentlige dialogudviklingsfase. Denne fase svarer til forandringsfasen hos Lewin. Her opøves alle elementerne i en dialogkompetence, og det er her, at dialogdeltagerne på baggrund af feedbacksessioner og metakommunikation for alvor har lejlighed til at granske hinandens verdensbilleder med det formål at opbygge gensidig forståelse. I denne proces kan der ske en gensidig korrektion af dialogdeltagernes verdensbilleder. Målet er at nå frem til et fælles tredje. På baggrund af metakommunikationssessionerne vil dialogdeltagerne i denne fase have til opgave at iværksætte handlinger, der kan understøtte dialogudviklingsprocessen, og som løser de problemer, som dialogdeltagerne i fællesskab har diagnosticeret.

Fase 4 svarer til Lewin's genfrysningssfase. Det er i denne fase, at der skal ske en cementering af dialogkompetencen. Ud fra et forandringsperspektiv er det vigtigt, at dialogkompetencen bliver integreret i dialogdeltagernes rutiner og adfærd. Denne genfrysning bliver så meget desto vigtigere i et proceskonsultationsforløb, idet det er væsentligt at iværksætte nogle tiltag, der sikrer en fortsat udvikling og bevarelse af dialogdeltagernes dialogkompetence, når der ikke længere er en facilitator til at forestå dialogudviklingen. Hvordan disse tiltag kan udforme sig, og hvordan de kan implementeres, afgøres af gruppen og facilitator i fællesskab.

I det følgende skitseres de to dialogudviklingsforsøg, hvor dialogudviklingsmodellen er afprøvet i praksis.

## **Dialogudviklingsforsøg nr. 1: Klinikrådsmøderne**

### **Klinikrådsgruppen**

Klinikrådsgruppen bestod af en klinikledelse bestående af en adm. overlæge og en overfysioterapeut, fire fysioterapeuter og en ergoterapeut – alle på mellemliderniveau med ansvar for hver sin klinik med hvert sit speciale – samt to overlæger.

Formålet med klinikrådsmøderne er formelt beskrevet i et kommissorium fra centerdirektionen til alle centrets klinikråd, men det viste sig, at der ikke var enighed om formålet med møderne i klinikrådsgruppen. Alle i gruppen var dog enige om, at et væsentligt formål med klinikrådsmøderne var, at der blev truffet bedre beslutninger, når lederne af de enkelte klinikker blev taget med på råd af klinikledelsen.

Dialogudviklingsforsøgene i klinikrådsgruppen strakte sig over ca. 1 år. Der blev foretaget 22 mødeobservationer og afholdt i alt 12 interventioner bestående af feedback- og metakommunikationssessioner. Klinikrådsgruppen henvendte sig selv og bad om at deltage i projektet, da de havde nogle kommunikationsmæssige problemer, de gerne ville have løst.

### **Indledende diagnose**

Det første indtryk på baggrund af de indledende observationer i klinikrådsgruppen var, at der var mange diskussioner og debatter samt mange konflikter. Men det var også en engageret gruppe med stor humor og varme, og selv om bølgerne til tider gik højt, fornemmede jeg også en indbyrdes respekt. Når man var færdige med at diskutere et punkt, der havde givet anledning til stor diskussion eller debat, kunne man læne sig tilbage og grine sammen. Der blev markeret tydelige synspunkter i et direkte sprog, og ind imellem havde jeg en fornemmelse af at befinde mig midt i en skyttegravskrig, hvor argumenterne fløj gennem luften – ofte med direkte adresse til andre omkring bordet. Det virkede som om, at der var en vis konsensus i gruppen omkring denne kommunikationsform, der havde et klart præg af diskussion og debat. Det var tydeligt, at man som oftest gik ind i samtalen for at vinde og for at fremføre sine argumenter som de "rigtige" argumenter og overbevise de andre omkring bordet om lige netop de synspunkter, som man selv var fortalere for. Der blev ikke spurgt ind til de forskellige synspunkter og argumenter, og der blev ikke opnået fælles mening eller et fælles tredje, hvilket tydeligst kom til udtryk ved den tid, gruppen brugte på en del af de punkter, der blev sat på dagsordenen. Mange af punkterne måtte nemlig sættes på dagsordenen

på flere møder i træk, fordi man ikke nåede frem til en beslutning eller kunne producere et beslutningsgrundlag, som klinikledelsen kunne træffe sine beslutninger på baggrund af.

Det blev dog hurtigt klart, at den grove skelnen mellem diskussion og debat på den ene side og dialog på den anden side ikke var dækkende kategorier for kommunikationen i klinikrådsgruppen. Klinikrådsgruppens kommunikation var snarere kendetegnet ved, at en række monologer var flettet ind i hinanden. I diskussioner og debatter forudsættes det, at deltagerne taler om samme emne, men det skete ofte i klinikrådsgruppen, at deltagerne talte om hver deres emne på samme tid, således at der var flere monologer til stede i lokalet. Enkelte gange havde kommunikationen mere præg af forskellige diskussioner, der var flettet ind i hinanden, hvor den samlede gruppe blev opdelt i mindre grupper, og inden for hver gruppe førte man så en diskussion om et bestemt emne, mens en anden gruppe samtidig førte en diskussion om et andet emne – alt sammen under det samme punkt på dagsordenen.

I forhold til dialogens elementer bar klinikrådsgruppens kommunikation indledningsvis præg af manglende proprioception i dialogmæssig forstand. Gruppemedlemmerne var givetvis bevidste om kommunikationen således forstået, at de var meget bevidste om deres argumentationsform og givetvis også havde et formål med den, men de lod ikke til at være bevidste om de negative konsekvenser, kommunikationsformen kunne have, og de virkede heller ikke bevidste om, at nogle af de problemer, de gerne ville have løst – som f.eks. et højt konfliktniveau og ineffektivitet mht. beslutningstagen – kunne være en konsekvens af netop denne kommunikationsform. I forlængelse heraf var der heller ikke megen suspension i klinikrådsgruppen ved dialogudviklingsforsøgenes start. De øvrige elementer i dialogkompetencen var ligeledes til stede i meget begrænset omfang.

Det var således en meget aktiv, engageret og meget kommunikerende gruppe, der i sin kommunikation lå langt fra en dialog, som kastede sig ud i dialogudviklingsforsøgene.

## **Midtvejsdiagnose**

Efter ca. ½ års dialogudviklingsforsøg var det tid til en midtvejsevaluering og en midtvejsdiagnose. Her stod det klart, at det endnu ikke var lykkedes at udvikle en egentlig dialog i gruppen, men det var dog samtidig også tydeligt, at gruppen bevægede sig i retning af en dialog – eller i hvert fald væk fra de ukonstruktive diskussioner og debatter, som karakteriserede klinikrådsmøderne ved dialogudviklingsforsøgenes start.

Gruppens egen vurdering af det forgangne halve års proces var, at kommunikationen i gruppen var blevet bedre, at man var blevet mere opmærksomme på faldgruberne i kommunikationen, og at konfliktniveauet var blevet lavere. Gruppens vurdering var også, at der stadig var langt til en egentlig dialog, og at der var rigelig plads til forbedring.

Midtvejsdiagnosen viste, at udviklingen i gruppens kommunikation kunne beskrives i 3 faser: 1) Små krusninger på overfladen, 2) Implementering af "eksterne" kommunikationsredskaber og 3) Mere substantielle ændringer i kommunikationen.

I forbindelse med de første interventioner var der kun små krusninger på overfladen at spore. Der var tale om små ændringer, der typisk kunne spores i form af gruppens henvisninger til noget, der var blevet sagt i

forbindelse med en feedbacksession eller andre indikationer af, at gruppemedlemmerne forsøgte at træne sig selv i brugen af dialogteoriens tanker og termer, men uden en egentlig analytisk, reflekterende tilgang til dialogteorien. Dernæst bevægede gruppen sig ind i en ny fase, hvor der sås et markant fald i konflikt-niveauet, og hvor emner, der tidligere ville have bragt konflikter frem, blev diskuteret i en mere fredsommelig tone. I denne fase fik gruppemedlemmerne effektiviseret møderne ved hjælp af implementering af styringsredskaber, der ikke havde noget med dialogudvikling at gøre, men som kunne skabe de nødvendige rammer for dialogudviklingen ved at fjerne nogle irritationsmomenter. Implementeringen af en ordstyrerfunktion, der gik på omgang mellem gruppemedlemmerne samt en bedre brug af dagsordenen var nogle af de tydeligste eksempler på "eksterne" kommunikationsredskaber. Det er ikke redskaber, der har noget med dialogteorien eller dialogudvikling som sådan at gøre, men det er redskaber, som gruppen har fundet nødvendige for at kunne koncentrere sig om dialogen. Ca. ½ år inde i forløbet skete der dog noget afgørende, og gruppen gik tilsyneladende ind i en ny fase af dialogudviklingen. Tidligere havde sparekrav været et emne, der kunne få gruppen til at eksplodere, men på et møde kort tid inden midtvejsevalueringen sås der et eksempel på, at gruppen gik mere konstruktivt til værks i en besparelsessag. Der sås et markant lavere konfliktniveau i et ellers traditionelt konfliktfyldt emne. I modsætning til tidligere blev besparelsesproblemet ikke brudt ned i faggrupperelaterede dele. Der var ingen anklager eller beskyldninger, og der var ingen, der forsøgte at lægge andre gruppemedlemmer ordene i munden. Der var ingen dissekering af andre gruppemedlemmers argumentation med det formål at påvise svaghederne i andres argumentation for på den måde selv at vinde.

Konklusionen på midtvejsdiagnosen var således, at selv om der stadig var et stykke vej til en mere konstant dialog, så var der sket nogle afgørende ændringer i gruppens kommunikation. Konfliktniveauet var aftagende, man nåede hurtigere frem til fælles beslutninger og vigtigst af alt: Kommunikationen havde ændret karakter fra diskussions- og debatsporet – ikke til et permanent dialogspor, men til et konstruktivt samtalspor, der kunne være et skridt i retning af en dialog, og hvor der i glimt sås tegn på udviklingen af en dialogkompetence.

## **Slutdiagnose**

Efter ca. 1 års dialogudviklingsforsøg sås dialogen stadig kun i glimt i klinikrådsgruppen. Glimtene var dog blevet hyppigere og sås især i forbindelse med metakommunikationssessionerne, mens dialogen var sværere at få øje på i forbindelse med den ikke-faciliterede del af klinikrådsmøderne, hvor gruppen ikke fokuserede på dialog, men behandlede "almindelige" problemstillinger på dagsordenen.

I den sidste halvdel af dialogudviklingsforsøgene vekslede klinikrådsgruppens kommunikation mellem diskussions- og debatsporet og dialogsporet, og især i de sidste måneder af processen, lå gruppen betydeligt tættere på dialogsporet end på diskussions- og debatsporet, og diskussionerne og debatterne havde fået en anden, mindre konfliktfyldt karakter. Det var tydeligt, at gruppen i løbet af dialogudviklingsprocessen havde lært at tæmme de ukonstruktive konflikter, hvorved der var blevet skabt et større råderum. De afledte effekter sås tydeligt, ikke kun i form af et markant lavere konfliktniveau, men også i form af en hurtigere sagsbehandling og hurtigere beslutningsprocesser end ved dialogudviklingsforsøgenes start.

Mht. dialogens elementer sås ved dialogudviklingsforsøgenes sluttidspunkt en betydeligt højere grad af proprioception. Suspensionen var også blevet udviklet, og hvor suspensionen i starten af

dialogudviklingsforsøgene næsten udelukkende kom til udtryk i form af, at gruppemedlemmerne var blevet bedre til at lytte åbent til de øvrige dialogdeltagere, så var det ved sluttidspunktet tydeligt, at de nu også spurgte ind til andre dialogdeltageres synspunkter.

Også de øvrige dialogelementer blev udviklet i løbet af dialogudviklingsprocessen. Især i forbindelse med de seneste metakommunikationssessioner sås en markant bedre lytteevne, men dog mest i form af en øget evne til at lytte til andre og ikke så meget i form af at lytte til egen indre stemme. Der sås også forandringer omkring respektelemtet, hvor det var tydeligt, at respekten for de øvrige gruppemedlemmer, deres faglighed og deres verdensbilleder var større end tidligere.

I slutningen af forløbet formulerede gruppen på baggrund af dialogudviklingsforsøgene "10 Bud for Dialog", som dels afspejlede klinikrådsgruppens væsentligste kommunikationsproblemer, dels afspejlede de tiltag og "bud", som klinikrådsgruppen var nået frem til som mulige løsninger på nogle af kommunikationsproblemerne, således at kommunikationen kunne ændre sig i retning af en dialog.

Den overordnede konklusion på dialogudviklingsprocessen i klinikrådsgruppen var, at gruppens kommunikation havde bevæget sig væk fra den indledende rendyrkede diskussions- og debatpraksis til en kommunikationspraksis, der havde en del fællestræk med dialogen.

Kommunikationen var dog meget vekslende. I sidste halvdel af dialogudviklingsprocessen sås tydelige tegn på, at gruppen udviklede en dialogkompetence. Denne dialogkompetence kunne især spores i forbindelse med metakommunikationssessionerne, mens det faldt klinikrådsmedlemmerne noget sværere at overføre dialogkompetencen til den ikke-faciliterede del af de ordinære klinikrådsmøder. Når der skete, var det først om fremmest på de ikke-sprængfarlige områder, og der kan kun findes to eksempler på, at gruppen har haft en dialoglignende kommunikation på den ikke-faciliterede del af møderne i forbindelse med de traditionelt sprængfarlige emner som besparelser og opgaveglidning.

Denne udvikling betyder, at gruppen i forhold til dialogudviklingsmodellens fire faser i glimt nåede frem til Fase 3. Gruppens formulering og implementering af "De 10 Bud for Dialog" betyder desuden, at gruppen i slutningen af dialogudviklingsprocessen fik udviklet et redskab, der kunne bidrage til "genfrysning" af dialogkompetencen, så klinikrådsgruppen nåede på denne vis frem til Fase 4's spæde begyndelse.

## **Dialogudviklingsforsøg nr. 2: Afdelingssygeplejerskemøderne**

### **Afdelingssygeplejerskegruppen**

Afdelingssygeplejerskemøderne fandt sted på en af Rigshospitalets anæstesi- og operationsklinikker. På afdelingssygeplejerskemøderne deltog i alt 13 sygeplejersker fordelt på 1 oversygeplejerske, tre afdelingssygeplejersker, 7 assisterende afdelingssygeplejersker, 1 udviklingssygeplejerske samt 1 smertesygeplejerske. Der forelå ikke noget kommissorium for møderækken. I modsætning til klinikrådsgruppen henvendte afdelingssygeplejerskegruppen sig ikke af sig selv, men deltog på forespørgsel ud fra en holdning om, at "man kan altid blive bedre til at kommunikere".

Dialogudviklingsforsøgene i afdelingssygeplejerskegruppen strakte sig over ca. 6 måneder. Der blev foretaget i alt 8 mødeobservationer, og der blev kun afholdt 3 interventioner bestående af 3 feedback-sessioner og kun 2 metakommunikations-sessioner, blandt andet fordi en del af de planlagte interventioner blev aflyst pga. for mange presserende emner, der skulle behandles på de respektive møder.

### **Indledende diagnose**

Det første indtryk af afdelingssygeplejerskemøderne var først og fremmest, at møderækken adskilte sig betragteligt fra klinikrådsmøderne. Konfliktniveauet var markant lavere, faktisk var der tilsyneladende ikke nogle konflikter at spore overhovedet. Kommunikationen virkede væsentlig mindre personlig og ikke nær så engageret som i klinikrådsgruppen. Stemningen var præget af en form for vejetende tilbagetrukkethed, og tempoet i kommunikationen var betydeligt lavere end i klinikrådsgruppen.

Observationerne af de første afdelingssygeplejerskemøderne gav anledning til stor undren i forhold til det at stille en indledende diagnose af gruppens kommunikation. Det var umuligt at indplacere kommunikationen i forhold til diskussions- og debatsporet og dialogsporet. I afdelingssygeplejerskernes samtaler blev der sjældent givet udtryk for værdier og holdninger, og det var sjældent, at gruppemedlemmerne aktivt forholdt sig til en given problemstilling og fremførte argumenter. Ind imellem, når der blev givet udtryk for værdier og holdninger, og når samtalen nærmede sig en meningsudveksling, kunne man få et indtryk af, at der blev lagt låg på samtalen.

Det var åbenlyst, at man i afdelingssygeplejerskegruppen ikke eksplicit gik ind i samtalerne for at vinde eller for at advokere for bestemte synspunkter, og at man ikke angreb problemstillingerne ved analytisk at nedbryde problemer i mindre dele, sådan som det er karakteristisk for diskussions- og debatsporet. Alligevel var egne dagsordener tydelige, når afdelingssygeplejerskerne tog udgangspunkt i egen hverdag og talte ud fra deres egen, individuelle situation. Der var heller ikke tydelige tegn på dialog, idet der ikke blev spurgt ind til de antagelser, der lå bag de respektive argumenter i samtalen, og idet der ikke var tegn på, at der blev skabt et fælles tredje i løbet af samtalen.

De indledende observationer gav også anledning til stor undren for så vidt angik formålet med møderækken. Møderne forløb meget forskelligt fra klinikrådsmøderne; blandt andet nåede gruppen sjældent frem til klare konklusioner, og det var sjældent, at et emne blev rundet af, eller at opgaver blev uddelegeret.

På baggrund af de indledende mødeobservationer var der således en række forhold, der gav anledning til undren, og som besværliggjorde en klar diagnose af gruppens kommunikation. Det var tydeligt, at der ikke var tale om diskussioner eller debatter: Konfliktniveauet var lavt, og der var et påfaldende fravær af eksplicite værdier og holdninger i kommunikationen. Der var således intet forsvar af egne dagsordener og verdensbilleder, men egne dagsordener indgik alligevel i kommunikationen, idet de enkelte gruppe-medlemmer ofte ikke svarede på de øvrige gruppemedlemmers udsagn, men i stedet kommenterede emnet med udgangspunkt i egen situation. Samtalerne virkede derfor ofte som en lang associationskæde, og gruppemedlemmerne spurgte ikke ind til de øvrige gruppemedlemmernes værdier, holdninger, verdensbilleder eller lign. Der var derfor tydeligvis heller ikke tale om en dialog, men snarere om flere forskellige monologer, der var flettet ind i hinanden.

Kommunikationen i afdelingssygeplejerskegruppen bar ligesom i klinikrådsgruppen indledningsvis præg af manglende proprioception. Til gengæld var der ind imellem – om end sjældent – tegn på en overfladisk proprioception i den forstand, at enkelte gruppemedlemmer kom med bemærkninger til kommunikationen, som afspejlede en vis form for kommunikativ bevidsthed. Ligesom i klinikrådsgruppen var der i afdelingssygeplejerskegruppen forventeligt som følge af den ringe proprioception ikke megen suspension. Fraværet af suspension hænger nøje sammen med dialogens øvrige elementer, herunder især taleelementet, idet fraværet af eksplicite meninger, holdninger og værdier i kommunikationen var karakteristisk for gruppen og dermed afgørende for, om der var lejlighed til at suspendere eller ej. Det er svært at suspendere og lade andres mening strømme igennem sig selv og sit eget verdensbillede, hvis der i kommunikationen ikke eksplicit gives udtryk for en mening. De øvrige dialogelementer var ligeledes kun til stede i ringe grad i afdelingssygeplejerskegruppen ved dialogudviklingsforsøgenes start.

Ligesom klinikrådsgruppen lå også afdelingssygeplejerskegruppen langt fra en dialog ved dialogudviklingsforsøgenes start. Hvor det var let at karakterisere klinikrådsgruppens kommunikation som diskussioner med indlagte monologer, var det væsentligt sværere at diagnosticere afdelingssygeplejerskerne kommunikation. Det var dog tydeligt, at der hverken var tale om dialog, diskussion eller debat, og også i afdelingssygeplejerskegruppen var kommunikationen præget af, at mange monologer var flettet ind i hinanden. Det lave konfliktniveau gav ikke i sig selv anledning til undren, men kombineret med fraværet af meninger og holdninger i kommunikationen gav det anledning til undren.

## **Forløbet**

Forløbet i afdelingssygeplejerskegruppen skal kort skitseres.

1. intervention i afdelingssygeplejerskegruppen bestod af en feedbacksession, hvor gruppen fik en generel introduktion om dialog. Reaktionen herpå var interesse, men hvor klinikrådsgruppen havde reageret med at relatere det første oplæg (og også senere) til deres egen kommunikation, så relaterede afdelingssygeplejerskerne ikke deres kommentarer til gruppens kommunikation.

I forbindelse med 2. intervention fik gruppen udleveret et eksempel på deres egen kommunikation, som de blev bedt om at metakommunikere omkring. Gruppens reaktion på det udleverede eksempel var, at kommunikationen tydeligvis ikke fungerede særligt godt. Gruppen drøftede, om de måske talte forbi hinanden uden selv at opdage det, evt. fordi de havde en implicit, men forkert forestilling om, at gruppen udgjorde et fortolkningskollektiv. Gruppen blev af hensyn til min forståelse af, hvad der foregik på møderne, spurgt om, hvad formålet med møderækken var, og dette tilsyneladende uskyldige spørgsmål fik den første diskussion, jeg indtil nu havde hørt i gruppen, til at blusse op. Endda voldsomt. Det var tydeligt, at der ikke var enighed i gruppen om, hvad formålet med møderækken var, ligesom der tydeligvis heller ikke var enighed om, hvad formålet burde være, og der blev givet udtryk for holdninger og meninger i en grad, som var sjælden i forhold til de indledende mødeobservationer. Det var tydeligt, at gruppemedlemmerne som helhed var frustrerede over møderne, og deres irritation og utilfredshed omkring møderækkens manglende effektivitet og resultater og møderækkens form var tydelig. Kommunikationen på denne første metakommunikations-session adskilte sig markant fra kommunikationen på de tidligere observerede afdelingssygeplejerskemøder. For det første blev der markeret klare synspunkter og holdninger. Konflikterne

lurede, og der blev givet udtryk for tydelige frustrationer, som nogle gange tangerede stikpiller. For det andet var det tydeligt, at gruppen nærmede sig diskussions- og debatsporet.

2. metakommunikations-session fandt sted i forbindelse med 3. og sidste intervention i afdelingssygeplejerskegruppen – og denne metakommunikations-session skulle blive skelsættende for projektets videre skæbne. Gruppen fik igen udleveret eksempler på egen kommunikation og bedt om at metakommunikere. Gruppen begyndte at kommunikere om det emne, som eksemplerne vedrørte, og blev flere gange bedt om at "glemme" emnet og i stedet forholde sig til deres kommunikation om emnet. Nogle af afdelingssygeplejerskerne forsøgte at forholde sig til deres kommunikation, men en del af gruppemedlemmerne forsøgte at lukke samtalen ned, når uoverensstemmelser eller andre potentielle problemer tonede frem. Stemningen i forbindelse med metakommunikationen blev langsomt anstrengt. Ca. en tredjedel af gruppe-medlemmerne udviste tydelig irritation og modvilje mod at indgå i metakommunikationen og fastholdt flere gange, at der ikke var nogen problemstillinger knyttet til det udleverede eksempel, og at de problemer, der måtte være med kommunikationen, skyldtes udefra kommende ting, som gruppen ikke havde indflydelse på. Ca. en tredjedel forsøgte at deltage i metakommunikationen, og ca. en tredjedel forholdt sig passive.

2. metakommunikations-session var således præget af en tiltagende dårlig stemning, hvor flere af gruppemedlemmerne reagerede kraftigt, til tider med en aggressiv tone og med tydelig irritation, på de udleverede eksempler, på metakommunikationen og på mine spørgsmål. I modsætning til 1. metakommunikations-session, hvor kommunikationen var præget af, at gruppemedlemmerne gav udtryk for meninger og holdninger i en grad, der var sjældent for gruppen, adskilte kommunikationen i forbindelse med 2. metakommunikations-session sig ikke væsentligt fra kommunikationen på afdelingssygeplejerskemøderne generelt.

Pga. flere aflyste interventioner fra afdelingssygeplejerskegruppens side blev der i forbindelse med 2. metakommunikations-session forelagt en plan for dialogudviklingsforsøgenes videre færd. Da planen var fremlagt, blev jeg bedt om at forlade mødet, så gruppen i enrum kunne drøfte deres indstilling til den fremlagte plan, hvorefter jeg ville få besked om gruppens indstilling i løbet af få dage. Efter 4 dage havde jeg stadig ikke hørt fra gruppen og ringede derfor til oversygeplejersken. Hendes tilbagemelding var, at det var en enig gruppe, der meldte tilbage, at de havde været glade for at deltage i projektet; at de havde fået meget ud af det; de var især glade for at have fået effektiviseret deres kommunikation; jeg havde givet dem en del af tænke over mv. De mente dog ikke, at de på nuværende tidspunkt kunne få mere ud af projektet og havde derfor henstillet til, at projektet blev stoppet øjeblikkeligt. Dermed sluttede dialogudviklingsforsøgene i afdelingssygeplejerskegruppen.

## **Slutdiagnose**

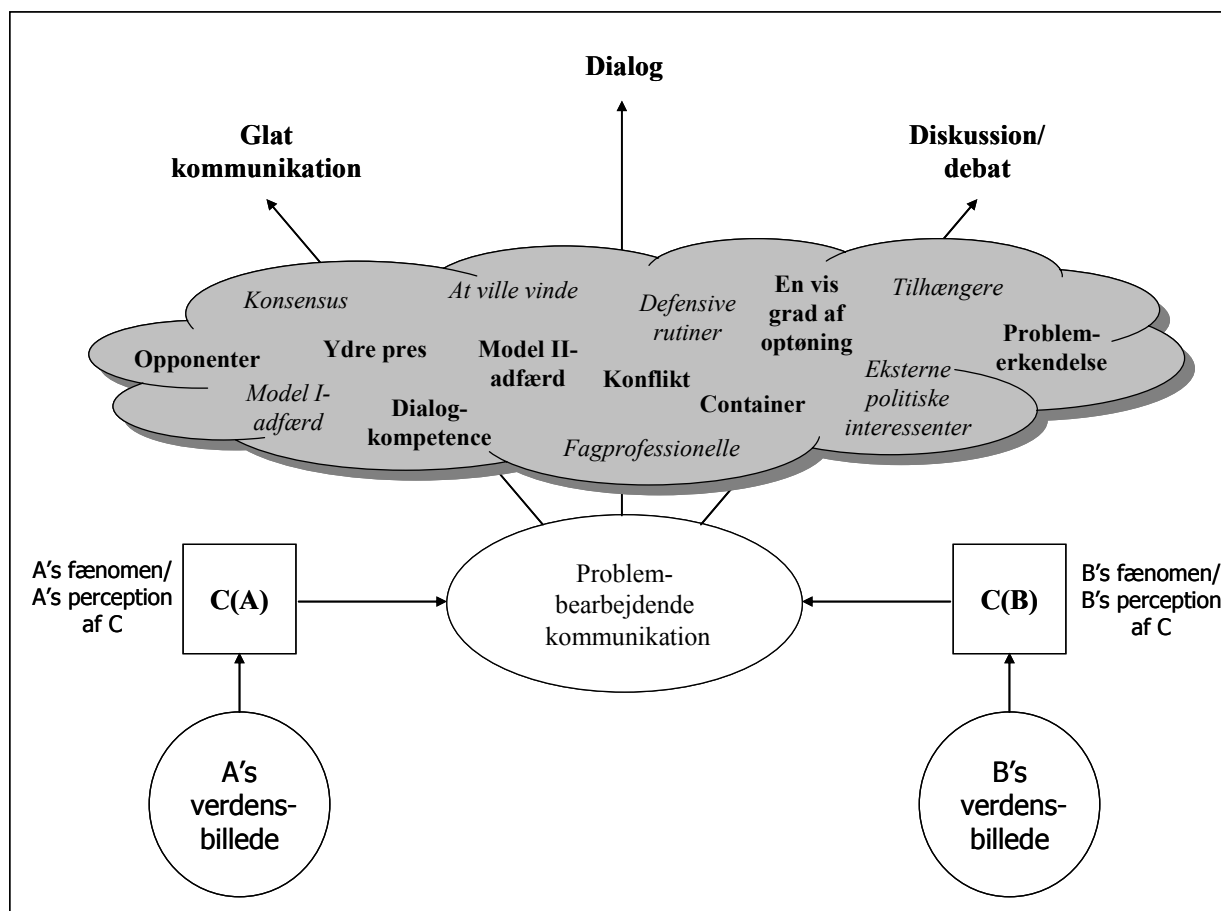
Som ovenstående forløbsbeskrivelse viste, førte dialogudviklingsprocessen i afdelingssygeplejerskegruppen ikke til den ønskede udvikling. I forhold til dialogudviklingsmodellens fire faser nåede gruppen end ikke igennem Fase 1. Der var ingen ændringer at spore i gruppens tanke- og kommunikationsmønstre i retning af en dialog eller i retning af udviklingen af en dialogkompetence. Gruppen opnåede muligvis en vis indsigt i det fænomenologiske kommunikationstankesæt og fik måske også en teoretisk forståelse af dialogudvikling og en forståelse for konsekvenserne af tilstedeværelsen af forskellige verdensbilleder, men metakommunikations-sessionerne viste, at denne forståelse enten ikke stak dybt nok til at afstedkomme ændringer

på handlingsplanet, eller at andre forhold forhindrede forståelsen i at manifestere sig i ændret adfærd og kommunikation. Der fandt ingen aflæring af eksisterende kommunikationsmønstre sted, og gruppen som helhed nåede ikke en kommunikativ bevidsthed, der var tilstrækkelig til at bringe gruppen videre til Fase 2. Afdelingspsygeplejerskegruppen kom således aldrig videre end til optøningsfasen. Det er måske endda en tilsnigelse at sige, at gruppen ikke nåede videre end til optøningsfasen, da det implicerer, at en vis optøning fandt sted. Dette var ikke tilfældet. Selv om den første metakommunikation indledningsvis var præget af en vis åbenhed og tegn på optøning, blev processen efterhånden præget af større og større modstand mod projektet, og projektet blev afsluttet på et tidspunkt, hvor gruppen virkede mere fastfrosset end ved dialogudviklingsforsøgenes start.

## Hæmmere og fremmere for dialogudvikling i sygehusvæsenet

På baggrund af de to dialogudviklingsforsøg kan der opstilles en deskriptiv model, som opsummerer de faktorer, der er af afgørende betydning, når der skal udvikles dialog på tværs af eller inden for forskellige fagkulturer i sygehusfeltet.

Modellen, som fremgår af figur 5, tager udgangspunkt i de forskellige mulige udfaldsrum for en problem-bearbejdende samtale mellem to personer med forskellige verdensbilleder.



Figur 5: En deskriptiv model for dialogudvikling:  
 "Hæmmere" er markeret med kursiv; "fremmere" med fed  
 Kilde: Egen tilvirkning

På baggrund af de to dialogudviklingsforsøg udgør de mulige udfald – ud over dialogen – diskussion/debat samt glat kommunikation, der er tilføjet på baggrund af afdelingssygeplejerskegruppens kommunikation:

Diskussioner/debatter er de former for samtale, hvor mødet mellem forskellige verdensbilleder manifesterer sig i konflikter, og hvor aktørerne går ind i samtalen med det formål at vinde. Med til diskussion/debat hører den politiske samtale, hvor formålet er at positionere sig i forhold til egen vinding. I sådanne samtaler vælges samtaleformen bevidst, men med til diskussioner/debatter hører også de samtaler, hvor samtaleformen ikke vælges bevidst, idet der kan være tale om en tillært måde at kommunikere på, som foregår i mangel af bedre alternativer og i mangel af f.eks. en dialogkompetence, der kan hjælpe til at tøjle konflikterne. Begge former for diskussion/debat sås ofte i klinikrådsgruppen.

Den glatte kommunikation er den overfladiske, forsvarsprægede kommunikation, hvor der bliver dækket over forskelle i verdensbilleder. Denne form for kommunikation sås i afdelingssygeplejerskegruppen og er typisk for konsensusorienterede kulturer, hvor konflikter betragtes som destruktive.

Modellen illustrerer endvidere, at det, som er afgørende for, om der udvikles dialog, eller om samtalen følger et af de andre spor, bestemmes af en række faktorer, der kan karakteriseres som hhv. "hæmmere" og "fremmere" for dialogudvikling. I figur 5 er "hæmmerne" kursiveret, mens "fremmerne" står med fed skrift.

Blandt "hæmmerne" for dialogudvikling står konsensus centralt. Det er dog væsentligt, at der her skelnes mellem forskellige former for konsensus. Formålet med dialogen er at nå frem til "et fælles tredje" på tværs af forskellige verdensbilleder, og der opnås herigennem en midlertidig konsensus, der f.eks. kan tage form af en kvasi-konsensus, hvor en beslutning accepteres, selv om ikke alle er enige, fordi reglerne for, hvordan man når frem til en beslutning, er overholdt. Et eksempel kan være, at man i klinikrådsgruppen når frem til enighed om en beslutning, som ikke alle er enige i, men som accepteres, fordi "De 10 Bud for Dialog" er overholdt. En sådan konsensus er ikke hæmmende for dialogen. Det er derimod forestillingen om, at man skal være enige, dvs. en forestilling om konsensus som idealet, hvilket indbefatter, at man har samme opfattelse af enigheds betydning og vigtighed.

En sådan forestilling findes i sygeplejekulturen, som ofte er blevet karakteriseret som en konsensuskultur. Kulturanalyser af sygeplejekulturen påpeger blandt andet, at sygeplejersker har en kollektiv indstilling til arbejdet: Sygepleje er ikke en individuel opgave, men en kollektiv opgave (Hein, 1998; Eriksen & Ulrichsen, 1991). Sygeplejersker vægter desuden harmoni og er procesorienterede. Beslutninger træffes derfor ofte på demokratisk vis, og faggruppen er som helhed præget af en holdning om, at man må stå sammen som gruppe, dels fordi forholdet til kollegaerne er af stor betydning i en gruppe, hvor det sociale vægtes højt, dels fordi kæden aldrig er stærkere end det svageste led (Hein, 1998). I en sådan konsensuskultur er der ikke nødvendigvis konsensus, hverken i form af et fortolkningskollektiv (hvilket forløbet i afdelingssygeplejerskegruppen også tydeligt illustrerede) eller i form af et "fælles tredje", men der er konsensus om, at konsensus er et ideal, og der udvikles derfor defensive rutiner, der dækker over de uenigheder, der måtte være, hvorved man udadtil fremstår som en enig gruppe. I mange konsensuskulturer vil der således være tale om en idealforestilling om konsensus, der manifesterer sig i en symbolsk konsensus, der opnås igennem en "cover-up"-strategi, der har til formål at dække over konflikterne.

I en sådan konsensuskultur er det svært at udvikle dialog, selv om dialogens formål synes at passe perfekt til en sådan kultur. Problemet er imidlertid, at dialogudviklingsprocessen går igennem drøftelser af forskellige opfattelser, hvorved konflikter og uenigheder kommer op til overfladen, og når disse ting kommer op til overfladen i en konsensuskultur, vil de blive forsøgt dækket igen ved en dygtigt implementeret cover-up-strategi.

Indikatorer på en sådan hæmmende konsensus er Argyris & Schön's Model I-adfærd (Argyris & Schön, 1996), der blandt andet indebærer en adfærd baseret på værdier om, at negative følelser ikke må udtrykkes og på værdier om, at man skal udvise rationel adfærd. I en Model I-adfærd opstår der hyppigt defensive rutiner og cover up-strategier, fordi der ikke kan kommunikeres frit, og da der ikke kan kommunikeres frit, bliver disse cover up-strategier skjult ved nye cover up-strategier, og det ikke-diskuterbare bliver dermed gjort ikke-diskuterbart, hvorved kommunikationen lukker sig om sig selv. Andre indikatorer på en sådan hæmmende konsensus er en overvægt af tilhængere i kommunikationen, dvs. en overvægt af personer, som kun taler, når de er enige i det, andre har sagt.

Modsat står konflikt som den væsentligste "fremmer" for dialogudvikling. Konflikten indeholder den dialektik, der er nødvendig for overhovedet at drøfte forskellige opfattelser af en given sag, og i en konfliktkultur vil man derfor ikke støde på de kulturelle barrierer, der præger konsensuskulturen, hvor der dækkes over konflikterne eller forskellene i synspunkter. Konflikten er dog ikke i sig selv garanti for udviklingen af en dialog, idet konflikter, hvis de ikke tæmmes, ofte vil ende i diskussioner/debatter. Diskussionen/debatten og dialogen ligger dog ikke så langt fra hinanden, som store dele af dialogteorien hævder – den glatte kommunikation ligger f.eks. betydeligt længere fra dialogen, end diskussionen gør. Dialektik og konflikter kan føre til diskussioner og debatter, men kan også – hvis aktørerne besidder en dialogkompetence – føre til dialog. Dette forudsætter dog, at aktørerne ikke går ind i samtalen for at vinde, idet ønsket om at ville vinde er hæmmende for dialogudviklingen og alt andet lige vil føre til diskussion/debat.

Indikatorer på en konfliktkultur er – udover konflikter – en overvægt af opponenter i gruppen, dvs. en overvægt af personer, der kun taler, når de vil udtrykke uenighed i det, andre har sagt, mens indikatorer på den dialogkompetence, der kan bringe samtalen fra diskussions- og debatsporet over på dialogsporet, er dialogkompetencens elementer (proprioception, suspension, lytte, tale og respektere) samt Argyris & Schön's Model II-adfærd (Argyris & Schön, 1996), der er baseret på værdier om selv-refleksion og granskning af ens eget verdensbillede samt en konstant testen af de antagelser, man har om andre.

Af yderligere "fremmere" kan nævnes, at en vis problemerkendelse inden dialogudviklingsforsøgenes start kan være ensbetydende med en højere grad af optøning, hvilket så at sige "kick-starter" dialogudviklingsprocessen, idet man hurtigere når frem til forandringsfasen og dermed hurtigere kan se et resultat af dialogudviklingsprocessen.

Et ydre pres synes også at hjælpe dialogen på rette vej, ligesom etableringen af en "container" omkring dialogen er afgørende for udfaldet af dialogudviklingsforsøgene. Denne "container" drejer sig dels om etableringen af den tillid, der er afgørende for dialogudviklingen, dels om at skabe et stabilt fundament for dialogudviklingen.

Som en sidste "hæmmer" for dialogudviklingen skal nævnes et af sygehusvæsenets særegne karakteristika, nemlig tilstedeværelsen af fagprofessionelle. De fagprofessionelle vil alt andet lige have sværere ved at tilegne sig en Model II-adfærd og en dialogkompetence, og de vil alt andet lige demonstrere en højere grad af defensive rutiner og en højere grad af Model I-adfærd, som er særdeles hæmmende for dialogudviklingen, end andre aktører (jf. f.eks. Argyris, 1991).

Den væsentligste konklusion som følge af de to dialogudviklingsforsøg, er således, at det – stik imod mine indledende forventninger og stik imod en stor del af dialogteoriens argumenter – er betydeligt lettere at udvikle dialog i en konfliktkultur end i en konsensuskultur. Konflikten fungerer som en uundværlig drivkraft for dialogudviklingen, og vejen til den konsensus, det fælles tredje, der kan opnås igennem dialogen, går uundgåeligt igennem konflikten. Uden konflikt, ingen (ægte) konsensus!

## Referencer

- Argyris, Chris, Robert Putnam & Diana McLain Smith (1985): *Action Science – Concepts, Methods and Skills for Research and Intervention*. San Francisco/London: Jossey-Bass Publishers.
- Argyris, Chris & Donald A. Schön (1989): *Participatory Action Research and Action Science Compared*. *American Behavioral Scientist*, 9, no. 5, May-June, p. 612-623.
- Argyris, Chris (1991): *Teaching Smart People How to Learn*. *Harvard Business Review*, May-June, 1991.
- Argyris, Chris & Schön, Donald A. (1996): *Organizational Learning II. Theory, Method, and Practice*. Reading: Addison-Wesley.
- Bentsen, Eva Zeuthen et al. (red.) (1999): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Bohm, David (1996): *On Dialogue*. London/New York: Routledge.
- Borum, Finn (1997): *Inerti og forandringsmuligheder i sygehusfeltet. I: Hildebrandt, Steen & Majken Schultz (red.): Fokus på sygehusledelse*. København: Munksgaard.
- Borum, Finn (1999): *Perspektiver på forandringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet. I: Bentsen, Eva Zeuthen et al. (red.): Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Dechow, Niels & Klaus Majgaard (1996): *Dialog: Støj og konfrontationer – om at anvende konflikter som løftestang i læreprocesser*. *Økonomistyring & Informatik*, 1996, oktober, vol. 12: 2, p. 75-105.
- Ellinor, Linda & Glenna Gerard (1998) *Dialogue: Rediscover the Transforming Power of Conversation*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Eriksen, Henrik & Helle Ulrichsen (1991): *Tre kulturer i hospitalssektoren. Sygepleje-, administrations- og lægesøjle*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- French, Wendell L. & Cecil H. Bell, Jr. (1999): *Organization Development. Behavioral Science Interventions for Organization Improvement. Sixth Edition*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Føllesdal, Dagfinn; Lars Walløe & Jon Elster (1999): *Politikens bog om Moderne Videnskabsteori*. København: Politikens Forlag.
- Hein, Helle Hedegaard (1998): *Kvalitet og kultur på Rigshospitalet. Kandidatafhandling*. København: Handelshøjskolen i København.
- Husserl, Edmund (1997): *Fænomenologiens idé*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Isaacs, William (1999): *Dialogue and the art of thinking together*. New York: Currency Doubleday.
- Klaudi Klausen, Kurt (2003): *Ledelse af fagprofessionelle. I: Hildebrandt et al. (red.): Sygehusledelse. Temaer. Perspektiver. Udfordringer*. København: Munksgaard Danmark.
- Kragh Jespersen, Peter (2003): *Magt og faglighed i sygehuse. I: Hildebrandt et al. (red.): Sygehusledelse. Temaer. Perspektiver. Udfordringer*. København: Munksgaard Danmark.
- Lewin, Kurt (1967): *Field Theory in Social Science. Selected Theoretical Papers*. London: Associated Book Publishers Limited.
- Lewin, Kurt (1999): *The Dynamics of Group Action. I: Gold, Martin (ed.): The Complete Social Scientist. A Kurt Lewin Reader*. Washington: American Psychological Association.
- Lübcke, Poul (red.) (1982): *Vor tids filosofi: Engagement og forståelse*. København: Politikens Forlag.
- Melander, Preben (1997): *Styringen af "det syge væsen" – om kampen for livet i "dødsspiralen". I: Hildebrandt, Steen & Majken Schultz (red.): Fokus på sygehusledelse*. København: Munksgaard.

Melander, Preben (1999): Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde cirkler. I: Bentsen, Eva Zeuthen et al. (red.): Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige. København: Handelshøjskolens Forlag.

Misiak, Henryk & Virginia Staudt Sexton (1966): History of Psychology. An Overview. New York: Grune & Stratton.

Schein, E. (1994a): On Dialogue, Culture, and Organizational Learning. I: American Management Association: The Learning Organization in Action. AMA Periodicals.

Schein, Edgar H. (1987): Process Consultation. Volume II. Lessons for Managers and Consultants. Reading: Addison-Wesley Publishing Company.

Schein, Edgar H. (1999): Process Consultation Revisited. Building the Helping Relationship. Reading: Addison-Wesley.