

# **MELLEM KONFLIKT OG KONSENSUS**

## **– dialogudvikling på hospitalsklinikker**

Publiceret i Økonomistyring og Informatik, 21. årgang, no. 2, p. 143-174, 2005

Af Helle Hedegaard Hein\*

\* Helle Hedegaard Hein er cand.merc. og ph.d. og ansat som adjunkt på Center for Virksomhedsudvikling og Ledelse på Copenhagens Business School

Dialog er ofte blevet nævnt som løsningen på en række af de problemer, der præger komplekse, politisk styrede og fagprofessionelle organisationer som f.eks. sygehusvæsenet. Praktikere har dog manglet en konkret metode til dialogudvikling. Artiklen baserer sig på et aktionsforskningsprojekt, hvor der er indsamlet erfaringer om, hvordan man kan udvikle dialog på tværs af fagprofessioner i sygehusvæsenet, og hvad der sker, når man forsøger at udvikle dialog i et stærkt professionsdomineret sygehusfelt. I artiklen præsenteres først en teoretisk model for dialogudvikling, som tager udgangspunkt i en fænomenologisk kommunikationsforståelse. Dernæst præsenteres med udgangspunkt i aktionsforskningsmetoden og proceskonsultationstankegangen en praktisk orienteret metode til dialogudvikling i sygehusvæsenet. Endelig præsenteres en model, der illustrerer de faktorer, der er hhv. hæmmende og fremmende for dialogudvikling i sygehusfeltet. En af de væsentligste konklusioner er, at konflikter er en væsentlig fremmende faktor for dialogudvikling. Såvel modeller og metoder som konklusioner kan uden tvivl overføres til andre organisationer, herunder især professionsdominerede organisationer.

## **A. Indledning<sup>1</sup>**

### **1. Baggrund**

En af de centrale problemstillinger, som igennem de seneste årtier har været fremført i den skandinaviske sygehusledelseslitteratur, er de problemer, der følger af sygehusfeltets professionsdominans. Litteraturen peger på, at sygehusfeltets fagprofessionelle ofte har svært ved at indgå i samarbejde på tværs af fag, hvilket hæmmer opgaveløsningen, økonomistyringen og patientbehandlingen. Eriksen & Ulrichsen (1991) peger på, at årsagen til disse samarbejdsproblemer skyldes, at de fagprofessionelle tilhører forskellige subkulturer, som på nogle punkter har modstridende grundlæggende antagelser om opgavehåndteringen, økonomistyringen, patientbehandlingen etc. 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. Uanset forklaringen tegner der sig i litteraturen et overordnet billede af et sygehusfelt bestående af fagprofessionelle med konflikterende og inkommensurable verdensbilleder, som ofte resulterer i sammenbrud i kommunikationen, fastlåste interaktionsmønstre, onde cirkler, frustrationer som følge af misforståelser, forgæves forsøg på at finde fælles accepterede løsninger etc.

Igangsættelse af dialogprocesser fremhæves i sygehusledelseslitteraturen som en mulig løsning på disse problemer (se f.eks. Borum, 1997, og Klaudi Klausen, 2003). 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 aktørerne på tværs af sociale grænser og subkulturer kan artikulere og konfrontere deres værdiopfattelser, handlingsregler og ændringsbehov"* (Melander, 1999, p. 286). Tankesættet er dog 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.

## **2. Artiklens hovedformål**

Hensigten med artiklen er at udfylde dette hul ved at præsentere en teoretisk model for dialogudvikling, som ud over teoretiske elementer også indeholder retningslinier for en praktisk orienteret metode til dialogudvikling. Den samlede teoretiske og metodiske model er udviklet på baggrund af et aktionsforskningsprojekt, der har fundet sted på Rigshospitalet, hvor modellen også er afprøvet i praksis. På baggrund af afprøvningen af dialogudviklingsmodellen, vil artiklen desuden rumme en diskussion af, hvad der sker, når man forsøger at udvikle dialog blandt fagprofessionelle i komplekse, politiske organisationer, og hvilke faktorer der er hhv. hæmmende og fremmende for dialogudvikling i sådanne organisationer. Selvom artiklen fokuserer på sygehusfeltet, kan såvel dialogudviklingsmodellen og de teknikker, der er anvendt i projektet, overføres til andre organisationer, ikke mindst organisationer med samme professionsdominans som sygehusfeltet. Det samme gælder erfaringerne med, hvad der sker, når man forsøger at udvikle dialog blandt fagprofessionelle i organisationer.

## **3. Oversigt over artiklen**

Artiklen er opbygget således, at dialogudviklingsmodellens teoretiske grundlag først præsenteres i kapitel B. Dialogudviklingsmodellen er baseret på en fænomenologisk

tilgang til kommunikation, som suppleres med en i Danmark forholdsvis ukendt dialogudviklingsteori. Dernæst præsenteres i kapitel C den praktisk orienterede dialogudviklingsmetode, som er udviklet og afprøvet i projektet. Dialogudviklingsmetoden er baseret på principper fra aktionsforskningsmetoden og proceskonsultationstankegangen. Den teoretiske og den metodiske model for dialogudvikling kobles dernæst i kapitel D sammen i en samlet normativ model for dialogudvikling. Herefter præsenteres i kapitel E erfaringerne fra to dialogudviklingsforsøg, som har fundet sted på Rigshospitalet. Det ene dialogudviklingsforsøg har fundet sted i samarbejde med en monofaglig gruppe bestående af operations- og anæstesisygeplejersker; det andet har fundet sted i samarbejde med en tværfaglig gruppe bestående af læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Erfaringerne og konklusionerne fra de to praktiske dialogudviklingsforsøg munder i kapitel F ud i en deskriptiv model for de faktorer, der hhv. hæmmer og fremmer dialog mellem sygehusfeltets fagprofessionelle.

## **B. En fænomenologisk dialogudviklingsteori**

### **1. Kommunikation i et fænomenologisk perspektiv**

Både i daglig tale og i kommunikationsteorien findes der mange definitioner af, hvad en dialog er. I det følgende præsenteres en fænomenologisk tilgang til dialog. Når fænomenologien bruges som grundstamme for en teoretisk dialogudviklingsmodel, er der dermed også valgt en særlig forståelse af årsagerne til og løsningen af kommunikationsproblemer. Andre metateoretiske tilgange til kommunikation som f.eks. behaviorismen eller kognitivismen tager udgangspunkt i den klassiske S-O-R-model<sup>2</sup> og har som præmis, at der er ét budskab, som skal frem i

uforvrænget stand fra afsender til modtager. Disse tilgange peger på, at årsagerne til kommunikationsproblemer f.eks. kan findes i, at afsenderen ikke har kodet budskabet korrekt i forhold til den kognitive afkodning, der sker hos modtageren, eller at afsenderen ikke har brugt de rigtige stimuli på en korrekt måde over for modtageren af budskabet (se Hein, 2005, for en uddybning heraf).

En fænomenologisk tilgang til kommunikation giver andre forklaringer – og dermed andre løsninger – på kommunikationsproblemer. Inden for fænomenologien forklares årsagerne til kommunikationsproblemer med, at vi qua individuelle 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. Grundstenen inden for fænomenologien er ”fænomenet”, som betragtes som en modsætning til selve tingen. Det betyder, at man inden for fænomenologien gør op med ideen om, at der eksisterer en objektiv verden, som kan begribes. Ifølge fænomenologer som f.eks. Husserl er det vores bevidsthed, der konstituerer de ”fakta”, der kaldes den objektive verden. Det, individet erkender, er dermed ikke ting, der kan betragtes objektivt, men er derimod subjektive repræsentationer af den objektive virkelighed (Misiak & Sexton, 1966; 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).

Betragtes en samtale mellem to personer i et fænomenologisk perspektiv, må samtalen forstås 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 spørgsmålstejn ved. I og med at der ikke stilles spørgsmålstejn 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.

## **2. Dialog som samtaleform**

Ud fra en fænomenologisk forståelse af dialogbegrebet adskiller dialogen som samtaleform sig væsentligt fra andre samtaleformer. I dialogudviklingslitteraturen sættes dialogen ofte op over for samtaleformer som diskussion og debat. Det er klart, at der findes mange andre samtaleformer end dialog, diskussion og debat, men når disse samtaleformer ofte stilles op over for hinanden, skyldes det primært, at der er tale om samtaleformer, hvor formålet er, at flere aktører i fællesskab skal nå frem til en løsning på et problem. Derudover er det for klarhedens skyld lettest at arbejde med dikotomier. Når dialogen som samtaleform sættes op over for diskussioner og debatter, bliver det således tydeligt, at der er tale om to væsensforskellige samtaleformer, som hviler på hvert sit sæt af værdier og antagelser, og som giver samtalen nogle distinkte karakteristika, 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	Justifying/defending assumptions
<i>Learning</i> through inquiry and disclosure	Persuading, selling, telling
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 spørgsmålstejn 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.

### **3. Dialogens formål i en organisatorisk kontekst**

Det fragmenterede billede af aktører med forskellige verdensbilleder, som indgår i flere forskellige fortolkningskollektiver afhængig af tid og sted, kan genfindes i alle organisationer, og i alle organisationer vil der kunne findes talrige eksempler på kommunikationsproblemer, der skyldes forskellige verdensbilleder: Økonomifunktionen på kollisionskurs med udviklingsafdelingen, markedsføringsfolk i diskussion med administratorer, misforståelser mellem produktionsenheden og udviklingsafdelingen etc. Læseren kan selv supplere med eksempler. I det følgende tages udgangspunkt i sygehusfeltet.

Sygehusfeltet beskrives som tidligere nævnt ofte som et felt med en høj grad af professionsdominans, hvor de forskellige grupper af fagprofessionelle har forskellige – ofte inkommensurable og konflikterende – verdensbilleder. De fagprofessionelle beskrives også ofte ud fra den klassiske professionsteori (se f.eks. Kragh Jespersen, 1993) som personer, der identificerer sig stærkt med deres fag, har specialiststatus og samfundsmæssigt monopol (ofte i form af en autorisation) samt en høj grad af autonomi i arbejdet. Dette kunne lede til en opfattelse af, at der er en tæt sammenhæng mellem fag og verdensbillede, således at personer, der tilhører samme fag, deler verdensbillede. Sygehusfeltet er da også tidligere beskrevet som bestående af tre søjler (læger, administratorer og plejepersonale), hvor hver søjle har hver sin karakteristiske subkultur, som på nogle punkter står i skarp kontrast til de øvrige søjler. Tilhørsforholdet til et bestemt fag, der inkluderer lang tids uddannelse inden for faget med dertil hørende indføring i fagets værdier og traditioner, leder utvivlsomt til et vist fælles mål af værdier og grundlæggende antagelser blandt de personer, der tilhører samme fag. Ud fra såvel et fænomenologisk som et sociologisk perspektiv bliver dette billede dog hurtigt fortegnet. For det første kan der findes flere undergrupper inden for samme fag: lægegruppen vil ikke blot være en homogen gruppe, men vil f.eks. kunne opdeles i kirurgiske og medicinske subkulturer eller i subkulturer, der knytter sig til, om man har ledelsesansvar eller ej. For det andet er der formentlig i højere grad tale om et fragmenteret snarere end et differentieret billede, således forstået, at fagprofessionelle kan dele værdier og grundlæggende antagelser på tværs af fag. Læger vil f.eks. på visse områder dele verdensbillede med plejepersonalet og på andre områder med terapeutgruppen osv.

Der er således snarere tale om fragmenterede fortolkningskollektiver end om differentierede subkulturer.

I en sådan organisatorisk kontekst med fragmenterede fortolkningskollektiver og fagprofessionelle, som identificerer sig stærkt med deres fag, vil verdensbillederne ofte blive konfronteret med hinanden. I en del af den eksisterende sygehusledelseslitteratur beskrives, hvordan dette ofte fører til en adfærd, der svarer til diskussions- og debatsporet: Hver part forsvare sit verdensbillede og ser forskellene mellem de forskellige verdensbilleder mere end de forsøger at skabe fælles mening, og de grundlæggende antagelser, værdier, holdninger og meninger, som hver part handler ud fra, gøres sjældent til genstand for granskning, men fører oftere til skyttegravskrig.

Dialogens formål i en sådan organisatorisk kontekst er flere, hvoraf de vigtigste 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.
- At tilvejebringe kvalitativt bedre løsninger, fordi tilstedeværelsen af flere forskellige verdensbilleder og den tilhørende viden udnyttes konstruktivt.

Det er vigtigt at understrege, at der ikke her advokeres for dialogen som den normativt bedste samtaleform. I den her anvendte dialogteori hævdes det ganske vist, at diskussioner og

debatter ikke bibringer ny viden, men blot fører til, at et allerede eksisterende verdensbillede vinder over et andet allerede eksisterende verdensbillede. Der er dog grund til at udfordre dette synspunkt. I Kuhn's teori om paradigmeskift kan man finde gode argumenter for, at diskussioner og debatter kan føre til tilvejebringelsen af nye verdensbilleder og ny viden (Kuhn, 1970). Kuhn fremfører, at særligt kritiske anomalier kan føre til kriser og magtkampe, som kan føre til et paradigmeskift. Dette paradigmeskift er ikke nødvendigvis blot et resultat af, at ét eksisterende verdensbillede har erstattet et andet. Resultatet kan lige så vel være, at der er kommet et helt tredje verdensbillede ud af diskussionen.

Dertil kommer, at dialog forudsætter tillid og tryghed, og de forhold er langt fra altid gældende i en politisk præget verden, hvor skjulte dagsordener, politiske spil og en lang og kulturbunden samtaletradition peger i retning af diskussioner og debatter. Det er heller ikke svært at forestille sig, at en gruppe fagfolk kan få ny erkendelse ved at engagere sig i en faglig diskussion. At afprøve egne og andres argumenter kan give ny indsigt, og den gode faglige diskussion kan også rumme spørgsmål, som får parterne til at granske deres verdensbilleder.

Når der så alligevel lægges vægt på dialogudvikling her, er det dels fordi den gode dialog optræder sjældent, og dels fordi dialogen rummer løsninger på nogle af de potentielle problemer, der knytter sig til diskussioner og debatter. Diskussioner og debatter er præget af konflikter, som ikke altid håndteres konstruktivt, og sygehusledelseslitteraturen giver mange eksempler på den handlingslammelse og inertie, der er resultatet af en dårlig håndtering af diskussioner og debatter. Dialogen skal

derfor ikke ses som den eneste rigtige samtaleform, men snarere som en samtaleform, der kan supplere de øvrige samtaleformer, og hvor de forskellige samtaleformer måske gensidigt har noget at byde hinanden, således at dialogens elementer kan bruges til at dæmme op for nogle af de ukonstruktive og uhensigtsmæssige effekter, der ligger potentielt i diskussionerne og debatterne, når forskellige verdensbilleder mødes.

#### **4. Dialogens elementer**

Den her anvendte dialogteori er udviklet af William Isaacs (1999), som på baggrund af den amerikanske kvantefysiker og filosof 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 vore arme er bøjede 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 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.

Lytteelementet går videre end til blot at lytte. Der er ikke blot tale om en evne til at ”lytte åbent”, dvs. at lytte fordomsfrit og empatisk. Lytteevnen i dialogmæssig henseende drejer sig ikke kun om at lytte til andre – det handler i høj grad også om at lytte til sin egen indre stemme. Når man f.eks. føler trang til at reagere på det, den anden part siger, skal man i stedet for at reagere lytte til sin indre stemme og spørge sig selv, hvorfor man har lyst til at reagere. Lytteelementet er dermed både nøglen til at granske andres verdensbillede og nøglen til at granske ens eget verdensbillede. 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 drejer sig 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 drejer sig 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 spørgsmålstegn 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 eksplicitte. Suspension I drejer sig

dermed udelukkende om, at de forhold, som én af parterne i en samtale er bevidste om, bliver manifesterede i samtalen. F.eks. vil der være ting i en samtale, som er ubevidste hos én selv, men synlige for andre i gruppen, og disse ting kan blive gjort bevidste og manifesterede 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.

Udviklingen af disse 5 elementer udgør tilsammen den dialogkompetence, der kræves for at kunne udvikle dialog. 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.

### **C. Dialogudviklingsmetoden i praksis**

#### **1. Et aktionsforskningsdesign**

Dialogudviklingsmetoden, som blev udviklet til dialogudviklingsprojektet, er blandt andet 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.

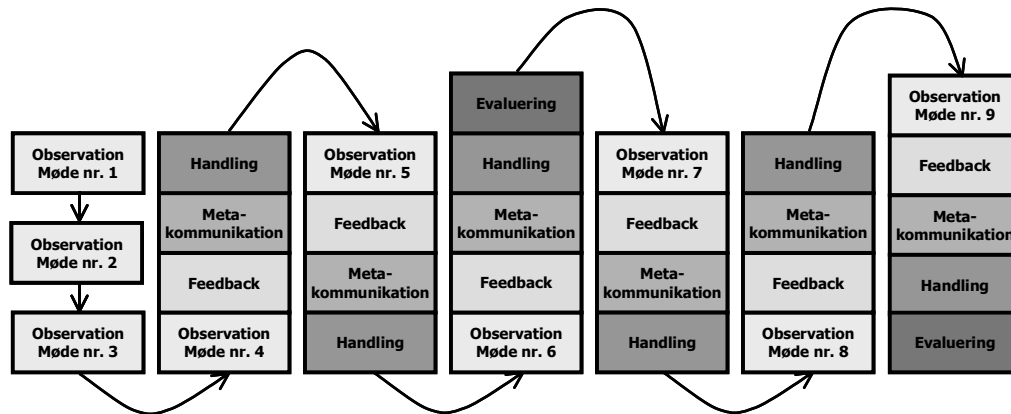
Interventionsrollen blev tilrettelagt ud fra proceskonsultationsmodellen. I proceskonsultationsmodellen antages det, at klienten har brug for interventionistens deltagelse i hele processen fra diagnose til løsning, og det antages også, at klienten er den eneste, der besidder den fulde viden omkring organisationen. 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. 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 (Schein, 1987; Argyris & Schön, 1989).

## **2. Interventionsmodellen**

Den interventionsmodel, som er anvendt i dialogudviklingsprojektet, er således baseret på principper fra aktionsforsknings-metoden og proceskonsultationsmetoden. Det betyder, at det ikke er facilitators opgave at tage initiativ til og facilitere forandringer. Enhver forandring sker på klientens initiativ, og valget om forandring skal baseres på valide data. Facilitator har dermed en særlig opgave i at præsentere dialogdeltagerne for data vedr. kommunikationen med det formål at skabe refleksion og efterfølgende handlingsinitiativer hos dialogdeltagerne. Facilitators rolle i dialogudviklingsprojektet har derfor taget udgangspunkt i en rolle som "non-directive facilitator", og selve interventionsstrategien har bestået 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).

Den anvendte interventionsmodel 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 to forskellige grupper på Rigshospitalet. 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 er der foretaget en række observationer af møderne, hvortil der ikke har været knyttet direkte intervention. Formålet med disse observationer har været at få indsigt i møderækken, således at der kunne stilles en indledende diagnose af gruppernes kommunikation. Denne indledende diagnose udgør det sammenligningsgrundlag, som en evt. udvikling i gruppens kommunikation ved projektets sluttidspunkt kan ses på baggrund af. I praksis er observationsfasen foregået ved, at gruppernes kommunikation er blevet observeret og nedskrevet simultant 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 er 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 metakommunikation-

sessionerne 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. Endelig er dialogudviklingsprocessen blevet evalueret løbende.

#### **D. 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.

	<b>Fase 1: Kommunikativ bevidsthed (Optøning)</b>	<b>Fase 2: Analyse af eget verdensbillede (Optøning/Forandring)</b>	<b>Fase 3: Dialogudvikling (Forandring)</b>	<b>Fase 4: Cementering af dialogkompetence (Genfrysning)</b>
<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 dialog- kompetence</b>	Proprioception	Proprioception Suspension II Lytte	Proprioception Tale Respektere Lytte Suspension I Suspension II	Proprioception Tale Respektere Lytte Suspension I Suspension II
<b>Inter- ventions- elementer</b>	Observation Feedback	Observation Feedback Metakommunikation på baggrund af eksempler på egen kommunikation Evaluering	Observation Feedback Metakommunikation på baggrund af eksempler på egen kommunikation Handling Evaluering	Afgøres af gruppen og facilitator i fællesskab

Figur 4: Dialogudviklingsmodellen

Kilde: Egen tilvirkning

Modellen er faseopdelt efter Lewin's trefasemodel for forandringer, hvor forandringer opdeles i en optøningsfase, en forandringsfase og en genfrysningsfase (Lewin, 1999). Herudfra betragtes Fase 1 i dialogudviklingsmodellen 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.

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 genfrysningsfase. 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.

## **E. Dialogudviklingsforsøgene i praksis**

### **1. 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. Klinikrådet refererede direkte til centerledelsen. Klinikrådsgruppen henvendte sig selv og bad om at deltage i dialogudviklingsprojektet, da de igennem længere tid havde haft nogle kommunikationsmæssige problemer, de gerne ville have løst. Dialogudviklingsforsøgene var planlagt til at vare ½ år, men endte med at strække sig over ca. 1 år.

Den indledende diagnose af klinikrådsgruppens kommunikation var, at der var mange konfliktfyldte diskussioner og debatter. Der var dog samtidigt tale om en stærkt engageret gruppe med stor humor og varme og en indbyrdes respekt. Kommunikationen kunne bedst betegnes som en række monologer, der var flettet ind i hinanden. Gruppen beskrev selv klinikrådsmøderne som en skyttegravskrig, hvor argumenterne fløj gennem luften, og de mente også selv, at der var etableret en konsensus i gruppen omkring denne måde at kommunikere på, selv om alle var enige



om, at kommunikationen var ukonstruktiv. Alle gruppe­med­lem­mer gik ind i samtalen for at vinde, og der blev stort set aldrig etableret enighed eller fælles mening, hvilket tydeligst kom til udtryk ved den tid, gruppen brugte på en del af de punkter, der blev sat på dagsordenen. Mange af punkterne blev sat på dagsordenen på flere møder i træk, fordi man ikke nåede frem til en beslutning. Kommunikationen var endvidere karakteriseret ved, at samtlige dialogelementer kun var til stede i gruppen i meget begrænset omfang.

Dialogudviklingsprocessen i kliniskrådsgruppen kan beskrives i 3 faser: 1) Små krusninger på overfladen, 2) Implementering af "eksterne" kommunikationsredskaber og 3) Mere substantielle ændringer i kommunikationen.

De første ændringer, der kunne spores i gruppens kommunikation, kan bedst betegnes som små krusninger på overfladen, hvor gruppe­med­lem­merne nok forsøgte at træne sig selv i brugen af dialogteoriens tanker og termer, men uden en egentlig analytisk tilgang til kommunikationen. I næste fase begyndte gruppe­med­lem­merne på eget initiativ at implementere styringsredskaber, som ikke havde noget med dialogudvikling per se at gøre, men som kunne skabe de nødvendige rammer for dialogudviklingen. Implementeringen af en ordstyrerfunktion og en bedre brug af dagsordenen var eksempler herpå. I denne fase sås der et markant fald i konfliktniveauet i gruppen, hvor emner, der tidligere ville have bragt konflikter frem, blev diskuteret i en mere fredsommelig og konstruktiv tone.

Ca. ½ år inde i forløbet skete der dog noget afgørende, og gruppen gik 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.

I løbet af den sidste halvdel af dialogudviklingsprocessen lærte gruppen i højere grad at tæmme de ukonstruktive konflikter, hvorved der blev skabt et større råderum for dialogudviklingen. Effekten sås tydeligt – ikke kun i form af et markant lavere konflikt- og diskussionsniveau, men også i form af en markant hurtigere sagsbehandling og hurtigere beslutningsprocesser end ved dialogudviklingsforsøgenes start. Kommunikationen havde ændret karakter fra et ukonstruktivt diskussions- og debatspor – ikke til et permanent dialogspor, men til et samtalspor, hvor diskussioner og debatter var blevet mere konstruktive, og hvor dialogen optrådte i hyppigere glimt ikke kun i forbindelse med metakommunikationssessionerne, men også i forbindelse med den ikke-faciliterede del af møderne.

Samtlige gruppemedlemmer viste klare tegn på en begyndende udvikling af en dialogkompetence, og for at sikre den fortsatte udvikling og bevaring af denne kompetence formulerede gruppen ”10 Bud for Dialog”<sup>3</sup> (se figur 5), 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 og på, hvordan gruppen kunne udvikle dialog.

<b><u>DE 10 BUD FOR DIALOG</u></b>	
<b><u>KLINIK FOR MEDICINSK ORTOPÆDI OG REHABILITERING</u></b>	
<p><b>I. Kom til tiden. Vær velforberedt.</b></p> <p>Mødet starter til tiden. Kommer man for sent, må man ikke blande sig i den igangværende diskussion. Er man ikke forberedt, har man ikke læst de nødvendige papirer etc., må man heller ikke blande sig i den igangværende diskussion.</p> <p><b>II. Gør rede for formålet med emnet.</b></p> <p>For hvert emne, der tages op, skal det fremføres, om formålet med dette punkt på dagsordenen er at informere, diskutere, søge råd, beslutte eller lign. Dette skal ligeledes fremgå af mødeindkaldelse, referat etc.</p> <p><b>III. Det handler ikke om at vinde.</b></p> <p>Én person kan ikke vinde i en dialog. Når der er dialog, er alle vindere. Hvis én person prøver at vinde, opnår man ikke en dialog – og så er alle tabere. Alle har indflydelse på udfaldet af kommunikationen og mødet (dialog/ikke-dialog). Alle har pligt til at gøre deres indflydelse gældende. Husk: Man kan ikke argumentere, diskutere eller debattere sig til en dialog!</p> <p><b>IV. Alle har pligt til at være ”tilskuere”.</b></p> <p>Alle har pligt til både at deltage i den igangværende diskussion og til at have et meta-perspektiv på kommunikationen. ”Tilskuere” analyserer samtalen. Spørg hele tiden dig selv: Hvad foregår der i dette lokale lige nu? Føler du, at dialogen løber af sporet, har du pligt til at bede om en time-out.</p> <p><b>V. Spørg i stedet for at antage.</b></p> <p>Du må ikke antage, at du kender andres holdninger eller motiver. Spørg i stedet for at antage. Spørg i stedet for at skyde andre personer motiver i skoene. Hvis du selv føler, at du bliver skudt motiver i skoene; hvis du føler, at der bliver sagt noget mellem linierne; eller hvis du føler, at du bliver misforstået – så har du pligt til at gribe ind, f.eks. ved at spørge: Hvad tror du, at jeg mener? Eller: Hvad hører du, at jeg siger?</p>	<p><b>VI. Vær klar, præcis og konkret i din kommunikation.</b></p> <p>Meld klart ud. Det gælder både fakta og holdninger. ”Uld i mund” vækker mistillid. Det gør ”skjulte” holdninger også. Føler du ikke, at du får en klar udmelding, har du pligt til at bede om en klar udmelding.</p> <p><b>VII. Tal med respekt. Tænk med respekt.</b></p> <p>Andres verdensbilleder er lige så vigtige og rigtige som dit eget. Du ser kun en del af virkeligheden. Derfor er der ingen, der har patent på sandheden. Husk, at formålet med en dialog ikke er at missionere.</p> <p><b>VIII. Gentagelse fremmer ikke altid forståelsen.</b></p> <p>”Pust andres lys ud”, når de 3. gang fremfører samme argument uden at komme med noget nyt. Det, du siger, er det, andre hører – og folk hører sjældent bedre, fordi det sagte bliver gentaget. Prøv noget nyt i stedet. Men husk: Du må ikke gentage dig selv for at vinde – jf. bud 3.</p> <p><b>IX. Suspendér! Du kan ikke lytte med munden fuld af ord.</b></p> <p>Lyt til andre. Lyt fordomsfrit. Lyt åbent. Lyt til din egen indre stemme. Det er dit verdensbillede, der taler – og du kan ikke ”suspendere” eller lytte, når dit verdensbillede taler til dig.</p> <p><b>X. Du har pligt til at bede om en time-out, hvis du føler, at bud 2-9 ikke overholdes.</b></p> <p>Dette må dog ikke være en ”stille” time-out til indadvendt refleksion. En time-out skal bruges til at metakommunikere, dvs. en fælles, udadvendt refleksion. I stedet for at diskutere emnet, skal I diskutere måden, emnet blev diskuteret på. Spørg f.eks.: Hvad foregik der? Hvad gik galt?</p>

Figur 5: De 10 Bud for Dialog

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af dialogudviklingsprocessen i klinikrådsgruppen

Ses dialogudviklingsprocessen i klinikrådsgruppen i forhold til dialogudviklingsmodellens fire faser, kan det konstateres, at gruppen i glimt nåede frem til Fase 3. Gruppens formulering og implementering af ”De 10 Bud for Dialog” kan desuden ses som et redskab, der kan bidrage til genfrysning af den udviklede dialogkompetence og dermed som et tegn på Fase 4’s spæde begyndelse.

## **2. 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 smerte-sygeplejerske. 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 var aftalt til at vare ca. 6 måneder, men processen blev efter gruppens ønske afbrudt efter ca. 4 måneder.

Den indledende diagnose af kommunikationen på afdelingssygeplejerskemøderne var først og fremmest, at møderækken adskilte sig betragteligt fra klinikrådsmøderne. Der var tale om en tilsyneladende harmonisk gruppe, hvor konfliktniveauet var markant lavere end i klinikrådsgruppen. Der var dog et påfaldende fravær af eksplicite argumenter, værdier og holdninger i kommunikationen, og der var således intet eksplicit forsvar af egne dagsordener og verdensbilleder.

Kommunikationen kunne ikke indplaceres på hverken diskussions-/debatsporet eller på dialogsporet. Der var ligesom i klinikrådsgruppen snarere tale om flere forskellige monologer, der var flettet ind i hinanden – men uden det konfliktniveau, der prægede klinikrådsgruppen. Karakteristisk for afdelingssygeplejerskemøderne var, at emner sjældent blev rundet af, ligesom der sjældent blev uddelegeret opgaver til de forskellige gruppemedlemmer. Ligesom i klinikrådsgruppen var kommunikationen i afdelingssygeplejerskegruppen karakteriseret ved, at samtlige dialogelementer kun var til stede i gruppen i meget begrænset omfang.

Dialogudviklingsprocessen i afdelingssygeplejerskegruppen forløb væsentligt anderledes end i klinikrådsgruppen. I den helt spæde start på dialogudviklingen udviste gruppen stor interesse for projektet, og i forbindelse med den første metakommunikation påpegede gruppemedlemmerne, at de udleverede eksempler på gruppens kommunikation viste, at de talte forbi hinanden, og at kommunikationen ikke fungerede særligt godt. Et spørgsmål om, hvad formålet med møderækken var, fik den første diskussion i dialogudviklingsprocessen i gruppen til at blusse op. Der var ikke enighed i gruppen om, hvad formålet med møderækken var, eller hvad det burde være, og der blev givet udtryk for holdninger og meninger i en grad, som var helt atypisk set i forhold til de indledende observationer af gruppens kommunikation. Gruppemedlemmerne gav udtryk for frustration og irritation over møderækkens form og manglende effektivitet og resultater, og gruppens kommunikation nærmede sig for første gang diskussions- og debatsporet.

På 2. metakommunikations-session fik gruppen igen udleveret eksempler på egen kommunikation. Gruppen begyndte nu at diskutere de emner, eksemplerne vedrørte, frem for at drøfte kommunikationen i de udleverede eksempler. En del af gruppemedlemmerne forsøgte at metakommunikere, mens en anden del af gruppen forsøgte at lukke samtalen ned og udviste tydelig irritation og modvilje mod at indgå i metakommunikationen. Flere af gruppemedlemmerne påpegede, at der ikke var nogen problemer knyttet til de udleverede eksempler, og at de problemer, der måtte være, skyldtes udefra kommende ting, som gruppen alligevel ikke havde indflydelse på. Stemningen i forbindelse med metakommunikationen blev tiltagende dårlig og tonen til tider aggressiv.

Pga. flere aflyste interventioner fra afdelingssygeplejerskegruppens side blev der i forbindelse med 2. metakommunikations-session forelagt en plan for dialogudviklingsforsøgenes videre færd. Gruppen drøftede herefter planen alene, og oversygeplejersken meldte efter nogle dage tilbage, at gruppemedlemmerne havde været glade for at deltage i projektet; at de havde fået meget ud af det; at de var glade for at have fået hjælp til at effektivisere deres kommunikation, men at de på nuværende tidspunkt ikke mente, at de kunne få mere ud af projektet og derfor havde henstillet til at dialogudviklingsforsøget blev stoppet øjeblikkeligt.

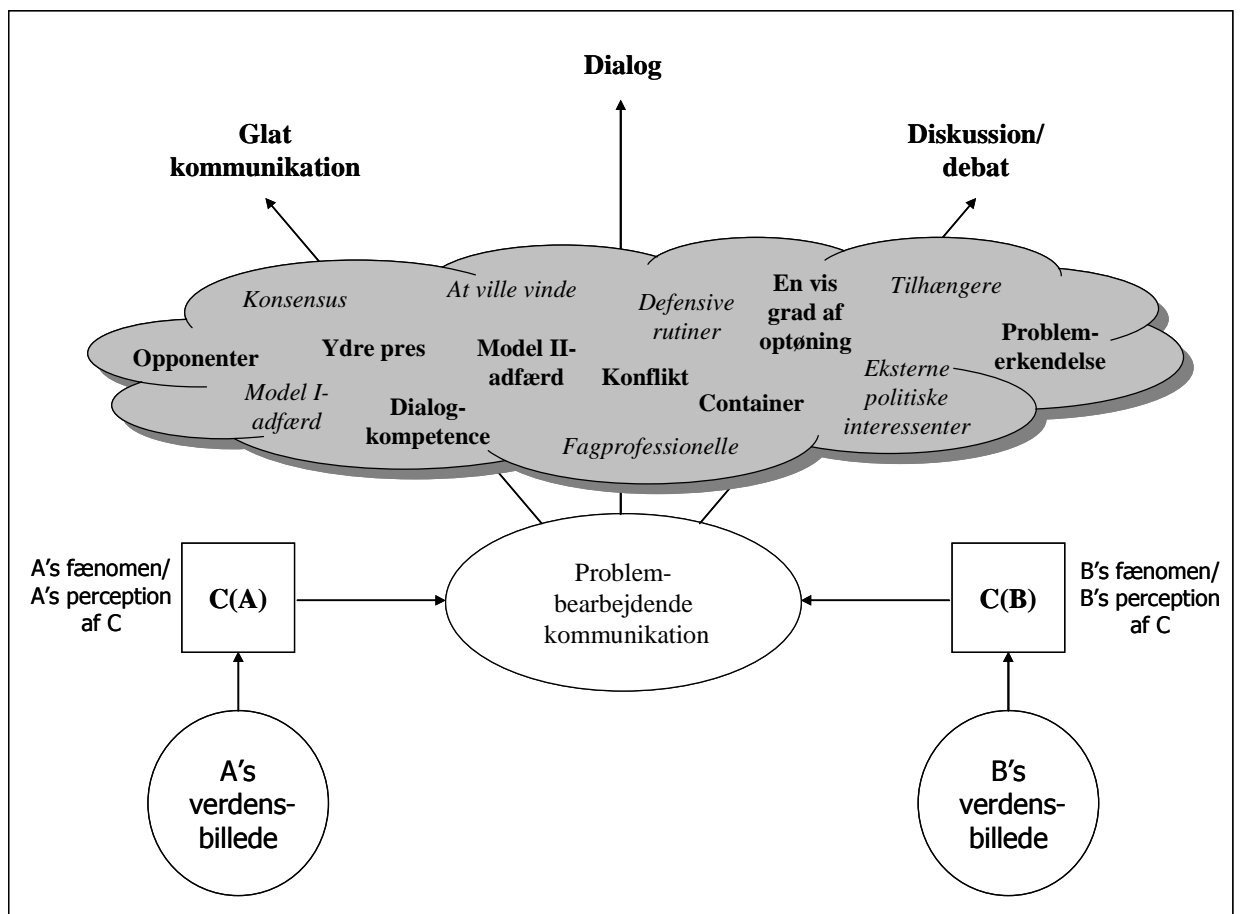
Som ovenstående forløbsbeskrivelse viser, førte dialogudviklingsprocessen i afdelingssygeplejerskegruppen ikke til den ønskede udvikling. Der var ingen ændringer at spore i gruppens tanke- og kommunikationsmønstre i retning af en dialog eller i retning af udviklingen af en dialogkompetence.

Gruppen opnåede muligvis en vis indsigt i det fænomenologiske kommunikationstankesæt og fik måske også en teoretisk forståelse af dialogudvikling, men metakommunikationssessionerne 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. Afdelingssygeplejerskegruppen kom således aldrig videre end til optøningsfasen, og i forhold til dialogudviklingsmodellens fire faser nåede gruppen end ikke igennem Fase 1.

## **F. Hæmmende og fremmende faktorer for dialogudvikling**

### **1. En deskriptiv model for dialogudvikling**

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 6, tager udgangspunkt i de forskellige mulige udfaldsrum for en problembearbejdende samtale mellem to personer med forskellige verdensbilleder.



Figur 6: 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. Alle tre samtaleformer indeholder potentielle konflikter, ligesom de alle kan anvendes til fælles problemløsning på tværs af forskellige verdensbilleder. Diskussion/debat samt dialog er allerede beskrevet som samtaleform. 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 6 er ”hæmmerne” kursiveret, mens ”fremmerne” står med fed skrift.

## **2. Den dialoghæmmende konsensus**

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 i dialogmæssig henseende destruktiv form for konsensus 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 (fordi den spiller en væsentlig rolle i forhold til patientbehandlingen), og der udvikles derfor defensive rutiner, der dækker over de uenigheder, der måtte være, hvorved man udadtil fremstår som en enig gruppe. I en sådan konsensuskultur vil der herske en idealforestilling om konsensus, som gør det svært at udvikle dialog, selv om dialogens formål umiddelbart 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 en såkaldt Model I-adfærd (Argyris & Schön, 1996), der betegner en adfærd karakteriseret ved defensive rutiner og "cover-up"-strategier. En sådan adfærd er 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 kan der ikke kommunikeres frit, og kommunikationen lukker sig om sig selv, fordi "cover-up"-strategier bliver skjult ved hjælp af nye "cover-up"-

strategier, og det ikke-diskuterbare bliver gjort ikke-diskuterbart. 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.

### **3. Den dialogfremmende konflikt**

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 5 elementer samt en 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" dialogudviklings-processen, 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 er betydeligt lettere at udvikle dialog i en konfliktkultur end i en konsensuskultur. Inden for forandringsteorien har man længe påpeget konflikter som drivkraften til forandring, fordi konflikter blandt andet kan hindre gruppetænkning og skabe energi i forandringsprocesser. Det nye i denne sammenhæng er imidlertid, at konflikter er

fremmende i dialogprocesser, der har til formål at skabe en konsensus i form af et fælles tredje. At konflikter er en væsentlig drivkraft i dialogprocesser, og at en konsensuskultur, hvor der lægges vægt på at undgå konflikter, er en væsentlig barriere for dialogudvikling, er konklusioner, der går stik imod flere dialogteoriens teser.

## **G. Afslutning**

### **1. Dialogen er ikke mål, men middel**

Som tidligere nævnt kan såvel erfaringer som konklusioner fra dialogudviklingsprojektet uden tvivl overføres fra sygehusfeltet til andre organisatoriske kontekster, ikke mindst organisationer, som ligesom sygehusfeltet er præget af en høj grad af professionsdominans. I organisationer, hvor fagprofessionelle med forskellige verdensbilleder skal samarbejde, kan dialogen være et væsentligt redskab til at sikre kvalitet, effektivitet, læring, udvikling, godt arbejdsklima mv. Dialogens store kvalitet er, at den ikke tilsiger, at de fagprofessionelle skal gå på kompromis med deres faglighed eller de værdier, der præger faget, og som man må leve op til, hvis man vil optræde professionelt. Dialogen vil netop fordre, at den enkelte fagprofessionelle grundlæggende holder fast i sit verdensbillede, og at det fælles tredje, som er dialogens mål, er en midlertidig konsensus og ikke en mere eller mindre permanent sammensmeltning af forskellige verdensbilleder, hvor der skal klippes en hæl og hugges en tå.

Den tankegang, der ligger bag dialogudviklingsmodellen, har en væsentlig force, som adskiller den fra andre dialogteorier: Dialogens hensigt er her ikke blot at kræve, at den ene

fagprofessionelle gruppe bliver tvunget til at udvise forståelse og empati for den anden fagprofessionelle gruppes verdensbillede, men at processen også rummer en væsentlig granskning af eget verdensbillede. På den måde opnås ikke kun forståelse og accept af andres verdensbilleder, men også en udlugning af de værdier og traditioner, som er overleveret fra tidligere, men som ikke tjener et formål eller måske er decideret destruktive for organisationens samlede opgaveløsning. Det betyder, at man ikke skal forsøge at udviske de konflikter, der måtte være mellem forskellige verdensbilleder i en organisation, men at konflikterne skal kombineres med en dialogkompetence, der blandt andet indebærer en evne til at granske og stille spørgsmålstegn ved eget verdensbillede. En proces, der blot sikrer accept af og forståelse for andres verdensbilleder vil måske nok føre til en fredsommelig sameksistens, men der er risiko for, at konflikterne stadig vil lure under overfladen, og at aktørerne fortsat enten aktivt eller passivt vil forsvare deres verdensbilleder og pege fingre ad dem med andre verdensbilleder. En sådan sameksistens kan nok føre til en tilsyneladende håndtering af destruktive konflikter, men det vil ikke føre til den dynamiske proces, hvor verdensbilleder til stadighed udfordres og granskes, som dialogudviklingsprocessen kan medføre. Dialogen bliver dermed ikke målet i sig selv, men et middel, der kan sikre en stadig progression mod et mål.

## **2. Hvordan gør man?**

Skulle man efter endt læsning af artiklen være blevet inspireret til at udvikle dialog i egen organisation, melder der sig et spørgsmål om, hvorvidt og hvordan man i praksis kan overføre dialogudviklingsmodellen til andre organisatoriske kontekster. Svaret er ja, men det er vigtigt at understrege, at det måske mest

afgørende for, om dialogudviklingen lykkes, er, at metoden tilpasses den lokale kontekst, hvor dialogudviklingen skal finde sted. Det er hovedideen i proceskonsultationstankegangen og dermed også hovedideen i dialogudviklingsmetoden.

Med dialogudviklingsmodellen foreligger der et redskab, som kan tilpasses andre organisatoriske kontekster. Dialogudviklingsprocessen behøver ikke nødvendigvis at være tilrettelagt, således som den er beskrevet i artiklen. Der kan plukkes i elementerne, om end nogle elementer står mere centralt end andre og derfor er nødvendige byggeklodser i dialogudviklingen. Metakommunikationen er en af de nødvendige byggeklodser, fordi metakommunikationen spiller en væsentlig rolle i udviklingen af en dialogkompetence. Erfaringerne fra dialogudviklingsprojektet viser, at udskrifter af kommunikationen fungerer særdeles godt som grundlag for metakommunikationen, dels fordi et objektivt grundlag i form af det nedskrevne ord kan besværliggøre bortforklaringer, benægtelser af, hvad man har sagt etc., dels fordi læsningen af det nedskrevne i forhold til realtid giver bedre tid til at reflektere, idet kommunikationen så at sige fastfryses på papiret. Dialogdeltagerne får dermed mulighed for at analysere det sagte, for at dvæle ved detaljer og for at reflektere i langt højere grad, end hvis metakommunikationen kun foregår på baggrund af det sagte ord og deltageres hukommelse.

Også De 10 Bud for Dialog kan være et nyttigt redskab i dialogudviklingsprocesser. Det er dog vigtigt at understrege, at De 10 Bud for Dialog, som fremgår af figur 5, er resultatet af en dialogudviklingsproces. De 10 Bud for Dialog har således ikke direkte været et middel til at nå frem til en dialog. De 10 Bud for

Dialog er udtryk for de midler, som klinikrådsgruppen retrospektivt fandt særligt nyttige i dialogudviklingsprocessen i lige netop deres gruppe, og som derfor kunne fungere som vigtige retningslinier i den fortsatte dialogudviklingsproces. De 10 Bud for Dialog er med andre ord et forsøg på at nedfælde de erfaringer og refleksioner, som klinikrådsgruppen gjorde sig undervejs i processen, og de afspejler dermed også til en vis grad klinikrådsgruppens særlige problemstillinger. Andre grupper og andre organisationer vil have andre problemstillinger og bør derfor udvikle deres egne bud for dialog. En del af De 10 Bud for Dialog drejer sig om at skabe et miljø, hvor dialogudvikling er muligt, f.eks. ved at fjerne irritationsmomenter eller usikkerhedsskabende elementer. Men nogle af budene er almene bud, som afspejler dialogudviklingsmodellens teoretiske og metodiske grundtanker, og vil derfor kunne anvendes som retningslinier i dialogudviklingsprocesser andre steder. Det drejer sig især om bud nr. III, IV, V, VII og VIII.

Der rejser sig måske også et spørgsmål om, hvem der kan fungere som facilitator i dialogudviklingsprocessen. Skal facilitator være en ekstern proceskonsulent, eller kan én af deltagerne i dialogudviklingsprocessen selv fungere som facilitator? Facilitators tilhørsforhold til gruppen er dog formentlig ikke nær så vigtigt som en række andre forhold: For det første er det væsentligt, at der er enighed om, hvem der skal fungere som facilitator, og at facilitator har reel autoritet i dialogudviklingsprocessen. For det andet er det væsentligt, at facilitator besidder en dialogkompetence og en dyb forståelse af de teorier, tanker og metoder, som ligger til grund for dialogudviklingsmodellens byggeklodser.



Heri ligger netop dialogudviklingsmodellens største force: At der ikke blot er tale om en ”how to do”-opskrift i en quick-fix-indpakning, som angiver den eneste rigtige vej til dialog, men om en dialogfilosofi, der rummer et sammenhængende tankesæt, som rummer mange mulige veje til målet, blot man holder sig inden for rammerne af den grundlæggende filosofi. Det giver større mulighed for at tilpasse dialogudviklingsmodellen til den lokale kontekst og dermed bedre muligheder for, at man kan høste frugterne af en konstruktiv dialogudviklingsproces.

## Litteratur

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.

---

<sup>1</sup> Tak til redaktøren, professor Preben Melander, for konstruktive kommentarer under artiklens tilblivelse. Forfatteren er dog alene ansvarlig for artiklens endelige indhold.

<sup>2</sup> S-O-R-modellen er baseret på den klassiske, behavioristiske stimulus-respons-model. Ifølge behavioristerne kunne al adfærd beskrives som en respons på en stimulus. Ud fra en given stimulus kunne behavioristen forudsige responsen, og ud fra en given respons kunne behavioristen afgøre, hvad den effektive stimulus var. De senere behaviorister og kognitiverne indsatte en "organisme" i modellen, som kunne forklare, hvorfor den samme stimulus ikke altid følges af samme respons. At bruge føde belønning (stimulus) giver f.eks. én reaktion (respons), når modtageren er sulten, og en anden, når modtageren er mæt.

<sup>3</sup> Se Hein, 2005, for en uddybning af "De 10 Bud for Dialog". Ph.d.-afhandlingen kan downloades på [www.cvl.dk](http://www.cvl.dk).