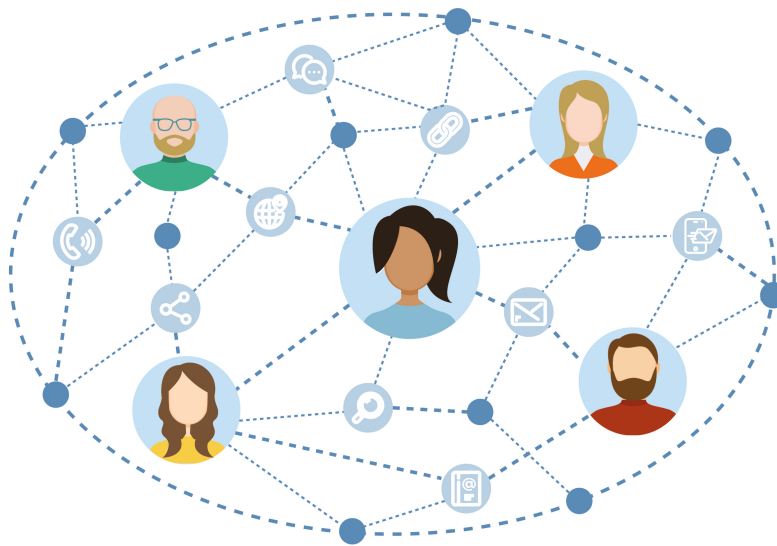


Dialog og nysgerrighed som vejen til frugtbare samskabelsesprocesser i sundhedsvæsenet



*Master i procesledelse og organisatorisk forandring
Speciale - marts 2022*

Projektrapport skrevet af:

Marianne Sjølin Frederiksen (studienummer: 20200325)

Vejleder: Lone Hersted

Censor:

Omfang: 94.186 anslag med mellemrum
50 sider

Bilag: A-H vedlagt

INDHOLDSFORTEGNELSE:

Indholdsfortegnelse	1
Abstract	2
Indledning	3
Baggrund	4
Problemfelt og problemformulering	7
<i>Problemfelt</i>	7
<i>Problemformulering</i>	8
Videnskabsteoretisk paradigme	8
Teori	11
<i>Komplekse organisationer</i>	11
<i>Fremmedgørelse og acceleration</i>	14
<i>Dialog og magt</i>	17
<i>Devoushkinizing</i>	20
Analysemodeller	22
<i>Domæne teori</i>	22
<i>Coordinated Management of Meaning</i>	24
Systemisk procesfacilitering	29
Forskningsmetode	31
Analyse	34
<i>Delanalyse 1</i>	35
<i>Delanalyse 2 efter LUUUUTT-modellen</i>	41
<i>Samlet analyse</i>	48
Diskussion og kritisk refleksion	48
Konklusion og perspektivering	52
Figuroversigt	53
Bilagsoversigt	54
Litteraturliste	55

ABSTRACT

This thesis is based upon a minor research project conducted with a selection of Stakeholders from the healthcare system in the Capital Region of Denmark.

The research design is based on pragmatism and social constructionism and inspired by dialogic communication theories.

Through interviews performed using an interview-guide and analysis using concepts and models from the theory of Coordinated Management of Meaning, I aimed to study communication within the hierarchy of the Danish healthcare system.

The scope was to find stories defining the way communication takes place during organizational changes and processes dealing with implementation of strategies. Thereafter a strategy for future dialogues in relation to organizational changes was sought.

Through this pilot study I found that emphasis in future dialogues regarding cooperation and coordination of new assignments and projects will benefit from using a strategy of process management that include measures of focusing on curiosity, withness-thinking and co-creation.

INDLEDNING

"...altså kan ord gøre ondt?" Det spørgsmål stiller én af interviewpersonerne i dette speciale, i forbindelse med at hun fortæller om processer, hvor man bliver bedt om at 'rette ind'.

Det er netop hvordan vi bruge sproget indenfor sundhedsvæsenet, der er fokus for dette afhandling. Hvilken betydning tillægger vi andres ord og udtalelser, samt har vi glemt at være nysgerrige, på hvor vores samarbejdspartnere taler fra.

"Sproget er ikke gratis" – en bog der gengiver en række artikler skrevet af Thorkild Olsen og genfortalt af Frederikke Larsen (Olsen og Larsen 2011). Denne titel indeholder kondensatet af de tanker, som jeg har gjort mig de seneste år relateret til mit arbejde som mellemleder og læge på et større dansk universitetshospital.

Sproget forstået, som de fagtermer der anvendes hele tiden, og som giver en indikation på hvilken stamme eller klan man tilhører. Sproget som kommunikation mellem patienter og sundhedsprofessionelle, men også mellem ledelseslagene fra direktionskontorene til klinikerne. Når man er presset og der er travlt, er det ikke naturgivet, at et budskab eller en ytring modtages og opfattes, som det var tilsigtet fra afsenderens side, uanset om vi taler om kommunikation med patienter, mellem kolleger eller mellem ledere og medarbejdere. Som det er fundamentet i systemisk teori og metode; "*Det er modtageren der bestemmer budskabet*".

Sproget eller det der ytres i samtaler, kan dog også betragtes som handlinger, talehandlinger (Pearce, 2007). Hvor ytringer dels farves af den position de udtales fra, men også positionerer personerne i samtalen i forhold til hinanden og kan bruges til at manifestere magt.

Endelig vil sproget ofte afspejle hvilken kultur der er i en given organisation. I det følgende vil jeg introducere til baggrunden og konteksten for dette speciale.

BAGGRUND

Jeg er uddannet børnelæge og har i mere end 10 år som overlæge været leder af en stor akutmodtagelse for børn og unge. Dvs. jeg har haft ansvar som mellemlider og sammen med de øvrige afdelingsledere i afdelingen oplevet talrige omstruktureringer og forandringsprocesser. Sundhedsvæsenet er en kompleks organisation med mange interessenter og vedvarende i forandring. I Danmark har vi et offentligt finansieret sundhedsvæsen, til hvilket der er lige adgang for alle borgere. Dvs. der er en fælles interesse, i at det er velfungerende og at vores skattekrone bruges fornuftigt. Politikerne har ansvaret for at vores fælles "husholdningsbudget" hænger sammen, men de skal også vælges, næste gang der er valg til hhv. Folketing og Regionsråd, hvorfor de er nært knyttet til borgerne og deres ønsker til de ydelser der leveres på alle niveauer i Sundhedsvæsenet. Dette medfører diskurser, i de tilfælde hvor borgernes forventninger og det der er stillet dem i udsigt af politikerne, ikke kan honoreres pga. økonomi, eller fordi det ikke er fagligt begrundet, dvs. at der mangler evidens (Højgaard 2017).

Min mand er topleder i den offentlige sektor, men har ikke direkte relation til Sundhedsvæsenet. Han har ofte undret sig over, den diskrepans der er mellem de fortællinger, han hører blandt embedsmænd fra ministerier og regioner og dem han hører, når jeg og mine gamle studiekammerater drøfter vores hverdag. *"Det er som om, det er to forskellige verdner, I beskriver og som om, I ingen forståelse har for hinandens funktioner"*.

Det er en beskrivelse, jeg let kan genkende. Som eksempler kan nævnes, når der fra ledelsesniveau tales om; *gevinstrealisering, omprioriteringsbidrag og effektiviseringsgevinst*, høres det som *besparelser og nedskæringer*. Som kliniker opfatter man budskabet, som at de arbejdsgange, der er for nuværende ikke er effektive. Omvendt løber der også rygter om *"business-cases"* hvor der står beskrevet *"forvent modstand fra lægerne"* eller adjektiver rettet mod specifikke personalegrupper som *'ledelsesresistente'*.

I et interview, jeg har lavet med Klinikchef Liselotte Højgaard (bilag B) udtaler hun: *"Hvis jeg skal komme med input eller data til koncerndirektøren i Regionen, bliver det oversat ad flere omgange i div. stabe før det forelægges på højeste sted"*.

Jeg fik et indre billede af den leg, vi legede til fødselsdage som børn, hvor én hvisker et ord eller en sætning til sidemanden, som hviskede videre og så var det sjove, at høre hvad sætningen var blevet til, når den nåede sidste person i kæden. Dette er interessant, for hvis det gør sig gældende for kommunikationen vertikalt i organisationen begge veje, er det det ikke så underligt, at vi taler forbi hinanden på tværs af ledelseskæderne.

Jeg antager, at vi alle er interesserede i et effektivt sundhedsvæsen, der præsterer på højt fagligt niveau med henblik på at levere udredning og behandling, hvor patienterne er i fokus.

Dermed må der også være en mulighed for at gå i dialog med hinanden på tværs af ledelseslagene og opnå en større forståelse og forhåbentlig et fælles sprog.

Professor på CBS Niels Åkerstrøm Andersen sætter fingeren på dette ømme punkt, at det er vanskeligt måske endda umuligt at løse en opgave, når man ikke taler samme sprog. Han påpeger, at der er tale om semantiske tricks, når vi taler om at *"sætte patienten først"* eller *"sætte patienten i centrum"*, samt at man i sin stræben efter samskabelse, skaber *"produktive misforståelser ved at oversætte det, den anden siger til noget, der giver mening i ens eget meningsunivers"* (Åkerstrøm Andersen, 202, s. 43). På samme måde risikerer man at opfatte de andre faggrupper som konfliktsøgende eller kontrære, fordi de har et andet syn på problemet, eller fordi den foreslåede løsning ikke er meningsfuld for dem.

I dette masterspeciale har jeg derfor sat mig for at undersøge, hvordan vi på hospitalet anvender sproget og hvilke vidensformer, der er repræsenteret og om nogle af disse får forrang, samt hvilke diskurser, der er i spil. Det er mit mål at sætte spørgsmålstegn ved *"taget-for-givet"* antagelser og fortællinger om dels hinanden, men også i forhold til, hvordan planer om forandringer modtages og implementeres. Jeg er nysgerrig på, hvilke fortællinger, der ikke fremføres eller ikke høres, måske endda bliver holdt nede.

Heldigvis er jeg ikke, som en opdagelsesrejsende der betræder et nyt territorium. Der findes en omfattende litteratur om hhv. kommunikation, komplekse organisationer og samskabelse. Jeg kan derfor med udgangspunkt i kloge menneskers teorier og publikationer, søge at finde vej i mit problemfelt og forhåbentlig afdække mulige perspektiver, for hvordan der i fremtiden kan arbejdes for en højere grad af dialog.

Barnett Pearce og Stephen Littlejohn har i forbindelse med moralkonflikter skrevet:

"... at man for sammen at komme videre på en produktiv måde, som regel er nødt til at bryde ud af de "normale" interaktionsmønstre. Det betyder, at man undertiden må reagere anderledes end forventet og ikke blot reproducere de gamle mønstre".

(Pearce 2007, s. 31)

Jeg er nysgerrig på, om der kan findes sprækker i fortællingerne, om der er ufortalte fortællinger, som kan drages frem og bruges aktivt til at skabe nye fortællinger om samarbejdet i forandringsarbejdet fremadrettet.

Det var oprindeligt mit sigte at samle repræsentanter fra flere ledelsesniveauer til en workshop med et **sproglaboratorium**, netop med intentionen om at bryde mønstre i kommunikationen og skabe, om ikke et fælles sprog, så en forståelse for hinandens arbejde, hinandens vilkår og hvilken kontekst de hver især ytrer sig fra. Jeg havde en ambition om en *samskabelsesproces*, hvor man ideelt set kunne udnytte de faglige forskelligheder til at skabe en ny forståelsesramme og fundament for kommunikationen i forbindelse med fremtidige implementeringsprocesser eller omstruktureringer.

Corona-pandemien har tvunget mig til at ændre strategi, da der har været udstedt forbud mod at samle grupper af personer på tværs af organisationer, med mindre det havde direkte betydning for den daglige drift eller patient-sikkerheden.

Som alternativ har jeg interviewet aktører fra forskellige ledelseslag efter en semistruktureret interviewguide (bilag A), i et forsøg på at afdække diskurser og hvilke domæner der kommunikeres fra, samt sætte lup på, hvad der fortælles.

Eftersom jeg selv er aktiv deltager i hverdagens udfordringer og diskurser og dette speciale netop udspringer af følelsen af indignation men også engagement i forhold til at finde en vej, hvor det kan gøres bedre, er der en risiko for at min egen "stemme" kommer til at fylde for meget. Af den grund har jeg undervejs i processen nedfældet autoetnografiske noter med det sigte at tvinge mig selv til refleksion over, hvad det jeg hører og oplever gør ved mig og de konklusioner jeg drager (bilag A), samt at få øje på, hvor jeg risikerer at presse på for at få en bestemt fortælling frem.

PROBLEMFELT OG PROBLEMFORMULERING

PROBLEMFELT

Med etableringen af 'Supersygehuse' er der blevet tale om meget store organisationer, med mange tusinde ansatte.

Da vi i Danmark har et offentligt sundhedsvæsen, er der følgelig et politisk niveau, ud over embedsværket, direktions og de lokale afdelingsledere.

Det opleves, som om der er meget langt fra øverste niveau og ud til sidste led i organisationen.

I etableringen af supersygehusene har der været gennemført en række reformer og omstruktureringer, og i den forbindelse har jeg haft den oplevelse, at samarbejdet mellem ledelseslagene har været under pres og somme tider har haft karakter af en kampplads, hvor man ikke har blik for hinandens synspunkter og udfordringer.

Min oplevelse har været en tiltagende mistillid til de andre niveauers hensigter og vilje, og jeg har derfor en nysgerrighed i forhold til at forstå, hvorfor reaktionerne og retorikken er som de er.

Sundhedsvæsenet lægger beslag på store dele af nationens 'husholdningsbudget', og det ser ud, som om det bliver svært at besætte stillingerne på sygehusene de kommende år, hvor der også er mangel på

personale i andre omsorgssektorer. Derudover kommer der en ny sundhedsreform, som endnu engang vil betyde større omstruktureringer.

Jeg ser derfor et stort behov for at kigge på kommunikationen i mellem ledelseslagene i sundhedsvæsenet og undersøge, hvilke muligheder for forbedret samarbejde der ligger i at være opmærksom på netop kommunikationen.

PROBLEMFORMULERING

- 1) Kan en analyse af fortællinger fra aktører i sundhedsvæsenet afdække kommunikationens betydning for, at organisationsforandringer lykkes ?
- 2) Kan den opnåede indsigt i fortællingerne anvendes til fremtidige samskabelsesprocesser, hvor man anvender CMM (Coordinated Management of Meaning) til at gennemføre og analysere forestående forandringsprocesser?

VIDENSKABSTEORETISK PARADIGME

Hvis man spørger mine kolleger, vil de beskrive mig som pragmatiker.. De vil sige, at jeg søger at finde løsninger og gerne gennem sparring med andre, og jeg forsøger at tage mulige konsekvenser for de forskellige medarbejdergrupper med i overvejelserne.

Jeg har gennem min masterudannelse erfaret, at det særligt er i læsningen af tekster af teoretikere, som arbejder indenfor den pragmatiske tilgang, at jeg har en fornemmelse af resonans. Det er de tekster og teorier, jeg lettest kan relatere til i forhold til mit daglige virke og som skaber refleksion hos mig.

Det er også kendetegnende for den måde, jeg både under dette studie og tidligere i livet har tilegnet mig ny viden; det er en proces hvor jeg abduktivt bevæger mig frem og tilbage mellem teori og praksis. Min arbejdsmetode vil for nogle synes ustruktureret, men jeg forsøger at tage udgangspunkt i, hvad der vil være nyttigt, dvs. udgangspunktet er pragmatisk, og jeg trives med en vekselvirkning mellem teori, afprøvning i praksis og efterfølgende korrektioner, samt

refleksioner over, hvad der fungerer i praksis og hvad der ikke gør, samt hvordan det forholder sig til teorien.

I mit arbejde som læge er jeg også uddannelsesansvarlig overlæge. Her har læringsteoretikeren John Dewey været central i mit faglige liv. At Dewey så tilmed er én af pragmatikkens faddere sammen med Charles Sanders Pierce, William James og George Herbert Mead understøtter, at det netop er i dette videnskabsteoretiske paradigme, jeg føler mig hjemme. Dewey refereres populært, men fejlagtigt, for formuleringen "*Learning by doing*" som centralt i hans tanker om læring. I hans optik er læring en aktiv handling og tager udgangspunkt i tidligere erfaringer og i den aktuelle situation. Dewey formulerede for cirka 100 år siden reflektiv tænkning som essentielt i læring. Når vi står over for en opgave eller et problem, er vi afhængige af hvad vi har prøvet tidligere. Vi kan ikke undgå, at få én eller flere idéer til hvordan opgaven skal løses, idet tænkning fremkaldes netop i situationer hvor vi udsættes for '*forstyrrelser*'. Men de idéer vi får, til løsning af problemet eller opgaven kan være mere eller mindre anvendelige, afhængig af om vi har stået i en lignende situation tidligere. Måske foretager man en forhastet vurdering og handler. Hvis man derimod forholder sig kritisk og nysgerrigt og derefter foretager en abduktiv vurdering af situationen, taler man om reflektiv tænkning (Dewey 2009). Der er således tale om en erfaringsbaseret aktivitet og refleksion, som fører til læring og mestring, med andre ord en pragmatisk tilgang (Dewey 2014). På samme måde kan man hævde, at interaktioner og implementering af strategier i sundhedsvæsenet som tidligere er udført, giver erfaringer der gennem refleksion, kan bidrage til den fremtidige opgaveløsning og planlægning af nye tiltag.

Til analyse delen tager jeg udgangspunkt i CMM-teorien (Coordinated Management of meaning) og anvender CMM-modeller til at strukturere og analysere mine data.

Teorien er udviklet af de to kommunikationsteoretikere W. Barnett Pearce og Vernon Cronen (Pearce 2004).

"CMM is a practical theory in the pragmatist-systemic tradition.

It holds that the coherence of action, and the ability to produce coherence are created inside the process of communication, and that the coherence created is moral in nature."

(Vernon Cronen i Olsen og Larsen 2011, p 44).

Ud over at være en pragmatisk kommunikationsmodel trækker Barnett Pearce på socialkonstruktionisme.

Socialkonstruktionisme opstår som retning samtidig med udbredelsen af de dialogiske kommunikationsteorier. I modsætning til tidligere betragtes verden som et kontinuum, hvor hverken vi som individer eller verden er noget i sig selv.

Gennem udvekslinger sprogligt, via interaktioner og som følge af de værdier vi medbringer og ved vores blotte tilstedeværelse konstruerer vi verden sammen (Gergen, 2010). Der er således fokus på interaktion og kommunikation som konstituerende for både os som mennesker og for den verden vi lever i. Dvs. verden er en social konstruktion, hvor sproget er centralt, idet selvet er skabt af fortællinger og er i konstant forandring, fordi vi befinder os i en evig interaktion med omgivelserne og hinanden (Phillips, 2011).

Det pragmatiske menneskesyn, hvor der fokuseres på konsekvensen af vores intentioner og handlinger, hvorved vi får mulighed for at forstå meningen med handlingerne er ligeledes centralt i Karl Weicks forfatterskab (Hammer & Høpner 2019, p. 19-23). Weick er optaget af sprog, processer og handlinger. Fokus skal være på organiseringen ikke organisationen og på at vise vejen. I organisations udvikling eller organisatoriske forandringer argumenterer han for, at forandring er en kontinuerlig proces og en konstant tilpasning/adaptation. Weick & Quinn gennemgår udviklingen i analyse af organisationsforandringer gennem tid og sammenligner episodiske forandringer med kontinuerlige ændringer (Weick & Quinn 1999). Episodiske forandringer har tendens til at blive betragtet som dramatiske ændringer, hvor man har identificeret et problem eller et behov, der skal løses. Der forudsættes en grad af linearitet i processen og progression mod et foruddefineret mål. Der forudsættes en uligevægt som basis for bevægelse. Weick & Quinn argumenter for et billede af organisationer, der altid er i bevægelse, i

forandring. At disse konstante forandringer i virkeligheden er serier af små miniepisoder af forandring. At der i alle organisationer er "*små lommer af personer, som allerede er i proces med at justere i forhold til nye betingelser*" (egen oversættelse, p. 381, Weick & Quinn 1999), hvorved forandringsprocesser er dynamiske og altid i gang og i højere grad forløber langs en spiral end lineært og kun, når de udfolder sig på kanten af kaos, forårsager betydende forandringer. De beskriver rollen som "*forandringsagent*", som en funktion, hvor opgaven er sproglig. Forandringsagenten skal gennem dialog søge at opnå forståelse for de ændringer, der er under udvikling som meningsfyldte, men også at være sensitiv overfor de diskurser, der kan opstå. (Weick & Quinn 1999).

Dette billede af organisationer, der er i konstant forandring, passer særdeles godt på sundhedsvæsenet, hvor man på mange niveauer hele tiden er nødsaget til at lave justeringer. Somme tider blot små ændringer som knap bemærkes, men som giver mening i forhold til både den daglige drift og de gode forløb for patienterne. Andre forandringer er større og implementeres, uden at de er formuleret som strategier, det kan være nye behandlingsformer eller omlægning af arbejdsgange, der giver et bedre behandlingsresultater eller en bedre organisering af arbejdet. Selv disse større forandringer registreres ikke altid på direktions- eller politisk niveau.

Men sundhedsvæsenet er også underlagt episodiske ændringer, både som følge af økonomi og politiske dagsordner; f.eks. når der indføres behandlingsgaranti og ordninger om behandlingsansvarlig læge m.m. På andre tidspunkter er det krav om handling, der i højere grad er drevet af enkeltsager fra medierne og som følge af pres fra patientorganisationer, og hvor processen risikerer at være drevet af et behov for at vise handlekraft, snarere end en gennemarbejdet analyse af problemet og afledte konsekvenser i forhold til f.eks. andre patientgrupper.

Jeg vil vove den påstand, at mange af de forandringer, der foretages løbende, er løst pragmatisk og uden de store sværds slag.

Der er imidlertid rigtig mange arbejdsgange i sundhedsvæsenet, som følger faste skemaer og algoritmer. Der er nedskrevne rutiner og "*action cards*", og der trænes i patient-kritiske situationer, såkaldt simulationstræning, som man også kender det fra piloters træning. Dette taler godt ind i Karl Weicks optagethed af at analysere

katastrofer, herunder Mann Gulch katastrofen (Weick, 1993), hvor organisationen kollapsede, fordi der ikke var klare kommandoveje i gruppen. Weick konkluderer, at dygtige kaptajner/ledere opsætter normer for sikkerhed, effektiv kommunikation og samarbejde. Han formulerer også behovet for psykisk tryghed til "speak up", når man tænker, at gruppen er ved at begå en fejl (Weick 1993). Det sidste er et emne, der er meget populært i øjeblikket og beskrevet af Amy Edmondson i "*Den frygtløse organisation*" (2020).

Det forekommer mig naturligt at anlægge et pragmatisk blik på de forhold, der undersøges i nærværende projekt, da det ikke på forhånd er givet, hvad det vil komme til at vise. Vil det lykkes at få øje på, hvordan konteksten kan formuleres i fællesskab og beskrive en ny kommunikationsform for samarbejdet vertikalt gennem ledelseslagene præget af nysgerrighed og dialog i stedet for "talen-til" og "talen-om" ?

TEORI

KOMPLEKSE ORGANISATIONER

Gennem 2 årtier har Ralph Stacey stået i spidsen for "*The Complexity Management center*" University of Hertfordshire og med kollegerne Patricia Shaw, Doug Griffin og Chris Mowles formuleret en teori om kompleksitet i organisationer (Griffin, Shaw & Stacey, 1998).

Der er tale om en måde at tænke på organisationer som mønstre af interaktioner mellem mennesker, og adskiller sig derved fra den naturvidenskabelige kompleksitetsteori, som beskæftiger sig med håndtering af store mængder af data i form af tal og beregninger.

Centralt for Stacey og hans kolleger er at fastholde, at der er tale om en dynamisk teori, dvs. grundidéen er at teorier vedvarende er i forandring og udvikling.

Hvis man betragter organisationer som mønstre af interaktioner mellem mennesker, vil denne mønsterdannelse være i konstant forandring. Der kan lægges planer og udformes strategier og aftaler, men selv den mindste lille ændring et sted i organisationen kan medføre at resultatet bliver et andet, end

forudset da planlægningen startede. Således er der ganske få lineære processer, da interaktionerne kontinuerligt udsættes for feedback, der nødvendiggør en justering af strategien (Stacey, 1995)

Det synes således givet, at grundvilkåret for organisationer er '*uforudsigelighed*'. Megen moderne ledelse handler om styring og planlægning, at have kontrol over processer og udvikling. Det kan være nødvendige retoriske greb, da vi har svært ved at trives i kaos og langt fra ligevægt. Men den dygtige leder ved at vedkommende vil være nød til at ændre kurs, selvom det ikke er givet, hvilke ændringer der vil komme og hvilke nye muligheder der vil opstå. Det kræver en adaptiv organisation, hvor man evner at have viden og indsigt, i forhold der ændrer sig i organisationen såvel som udenfor, samt at man forholder sig reflektivt til dem. Det kræver et særligt fokus på interaktionerne i højere grad end helheden, samt end opmærksomhed på intentionerne der ligger bag (Griffin, Shaw & Stacey, 1998).

Der tales ofte om at Sundhedsvæsenet er en kompleks organisation. Der menes typisk i den klassiske naturvidenskabelige betydning; at det er et stort '*maskineri*' med mange opgaver. Der er tale om store mængder data både mht. antal patienter og størrelsen af budgetter, men også data der siger noget om kvaliteten af udredningsforløb og behandlinger, samt overvågning af patientrettigheder. MEN det er også en meget kompleks organisation set gennem Staceys briller. Der formuleres til stadighed strategier og formuleres 3 og 5 års planer, som det somme tider kan være svært at se meningen med, når der konstant opstår nye vilkår organisationen skal forholde sig til: Nye behandlingsmuligheder der betyder indkøb af nyt dyrt udstyr, men betyder at patienterne er indlagt i kortere tid (f.eks. Robotkirurgi). Nye medicinske landvindinger der er livsforlængende for den enkelte patient, men betyder nedskæringer et andet sted. Nye sygdomme der kræver omlægning af arbejdsgange mm. (f.eks. Covid-19 pandemien). Enkeltsager som tages op i medierne og giver politisk bevågenhed. Men også ændring i søgningen til de uddannelser der skal bemande sundhedsvæsenet. Listen er lang.

Man kan nemt forestille sig, at en strategi formuleret på øverste niveau undergår mange påvirkninger og dermed omformulering, inden den når helt ud til klinikerne

ved patientens seng, for ikke at tale om hensigten med forandringen og om den medfører den tilsigtede ændring.

ACCELERATION OG FREMMEDGØRELSE

Der har de seneste år været skrevet og talt meget om travlhed både i sundhedsvæsenet og i samfundet generelt. Der er et stigende antal personer der bliver ramt af udbændthed og stress. For sundhedsvæsenets vedkommende har der været stort fokus på effektiviseringer og optimering af arbejdsgange og der har været en periode med 'New Public Management' som styrende for organiseringen og dermed et meget resultatorienteret paradigme om at alt skulle måles og registreres.

I kølvandet på disse tendenser er der opstået begreber som hastighed og fremmedgørelse.

I mange sektorer tales om tid; tid til opgaveløsning, tid til familien, tid til selvrealisering og stress er som nævnt et udbredt tema.

Fremmedgørelse og acceleration er taget op af den tyske professor i sociologi, Hartmut Rosa, der er fjerdegenerations kritisk teoretiker, og som har været elev af Axel Honeth.

"Borgerne i højhastighedssamfundene investerer i tiden. Tid er nemlig blevet en knap ressource. Der er mere der skal nås – men døgnet har stadigvæk kun 24 timer. Det paradoksale er, at jo rigere et samfund er, desto mere vil borgerne fortælle, at de ikke oplever at have tid til at gøre, hvad de har lyst til" (Rosa 2014, s. 9).

I forhold til sundhedsvæsenet har det været et tema i alle medier gennem de seneste år. Kronikker og debatindlæg har været præget af overskrifter og en kraftig retorik; 'Nedsmeltning truer', 'vi frygter totalt kollaps', 'jeg har aldrig oplevet systemet så presset som nu' etc. Ved nytår gav Sundhedsstyrelsens direktør Søren Brostrøm et interview i Politiken. På et spørgsmål om, hvordan det hænger sammen, at systemet opleves presset, når der aldrig tidligere har været afsat så mange skattekrone og været så mange ansatte, svarede han:

"Vi har heller aldrig haft så mange forventninger til sundhedsvæsenet. Vi har heller aldrig haft så fantastisk og så dyr teknologi. Men det er en succes, der koster. Og det er en succes, der vil have mere succes."

Af andre successer siger Brostrøm om resultatet af kræft- og hjertepakker:

"Det har været en helt fantastisk rejse, hvor de store specialiserede sygehuse er krumtappen bag det hele...."

Jeg må erkende, at hospitalerne er ved at sande til i egen succes, når man ser på antallet af patienter, der kommer ind på sygehusene. Vi har fået rigtig mange meget korte forløb...."

Sammen med Holland har Danmark verdensrekord i korteste indlæggelsestider. Omkring 1,5 døgn i snit."

Med baggrund i ovennævnte er det nærliggende at kigge nærmere på Rosa og hans teori om acceleration og fremmedgørelse.

Eftersom den faktisk levede tid ikke kan accelerere, handler det om det moderne menneskes oplevelse af acceleration af processer i samfundet. Rosa skelner mellem tre typer af acceleration:

Teknologisk acceleration, dvs. tilsigtede og formålsstyrede accelerationer i kommunikation, transport og produktion. Men det giver samtidig en 'komprimering af rummet' – vi kan komme hurtigere rundt, og vi telekommunikerer i stedet for at mødes eller skrive et brev. Som Brostrøm refereres ovenfor, har de teknologiske og medicinske landvindinger reduceret indlæggelsestiden for mange sygdomme fra uger til 1,5 døgn.

Acceleration af social forandring, med dette forstås; kortere varighed af venskaber og parforhold, vi skifter hyppigere bolig og arbejde. Dette fører til 'nutidsskrumpning'.

Acceleration af livstempoet, forstået som et øget antal af handlinger eller erfaringer pr. tidsenhed, vi 'zapper rundt' mellem gøremål og opgaver, vi 'multitask'er'. Dette giver os en fornemmelse af 'tidshunger'. Vi oplever unge nyuddannede sygeplejersker der efter 1-2 år i afdelingen søger videre for at lære nyt og hvor vi tænker "Jamen, du har jo ikke lært en brøkdel af dette speciale endnu".

Som Rosa skriver: *"Et af det moderne menneskes største tragedier: At det føler sig fanget i et evindeligt roterende hamsterhjul"* (Rosa 2014, s. 37). Tidligere var positioner og privilegier medfødte og distribueret, nu fordeles de gennem præstationer. Dette er brændstof på den sociale motor men betyder også, at mulighederne synes uendelige. Vi er således fanget i et accelerationskredsløb, der betyder, at hvis man blot opretholder status quo, risikerer man at sagte agterud sammenlignet med andre.

Det er et paradoks, at alt den innovation og nyskabelse, som skulle give os mulighed for at sætte livstempoet ned, dvs. give en deceleration, har ført til det modsatte, nemlig en oplevelse af øget acceleration.

I alle systemer er der imidlertid en grad af inertie og en stræben efter deceleration. Nogle er naturlige (en graviditet tager ca. 40 uger, vi kan ikke fremskynde, hvor hurtigt man bliver rask efter en forkølelse etc.). I disse år er der talrige forsøg på at sætte tempoet ned; yogakurser, hjemmebagning af surdejsbrød, etc. Der er flere, der søger at sætte tempoet ned ved at få nedsat arbejdstid. Men der er også den usunde, den dysfunktionelle deceleration, der er en konsekvens af den sociale acceleration, og som kommer til udtryk i stress og udbrændthed (Den nationale sundhedsprofil 2017).

Vi kan opleve at være overmættede socialt som følge af den voldsomme stigning i sociale kontakter, som skal vedligeholdes på diverse sociale platforme.

Også demokrati har tidligere været en tidskrævende proces. Men undersøgelser viser, at folketingets politikere bruger mere tid på at pleje deres image på sociale medier end på at sagsbehandle lovforslag.

Det er, når der er asymmetri mellem accelerationen og decelerationen, at forandringerne ikke længere opleves som meningsfulde. Det er et paradoks, at vi legitimerer vores stræben med reference til ydre krav: "Jeg er nødt til..." – dvs. at to-do-listen vokser for hver dag. På den måde bliver vi underlagt et *'herredømme'* baseret på tidsplaner og tidsfrister og en umiddelbar behovsopfyldelse. Der bliver tale om *'falske behov'* og dermed også om en fremmedgørelse overfor opgaver og gøremål, som dermed heller ikke sætter sig som *'erindringsspor'*. *"Vi bliver rigere og rigere på oplevelser, men fattigere og fattigere på erindringer"* refererer Rosa den tysk-jødiske filosof Walter Benjamin (Rosa 2014, s. 109).

Det er som om vi ikke længere har kontrol over vores liv. Men vi betragter os som frie individer, så hvad er der i spil, som har indflydelse på vores oplevelser og muligheden for at genvinde magten over sit eget liv.

DIALOG OG MAGT

I dette afsnit vil jeg kigge nærmere på dialog og magt. Dialog er en meget brugt term i relation til ledelse i disse år. Det er som om, at bare man kalder det et "dialogmøde", har man en forestilling om, at det er ligeværdigt og med en tillid og tryghed til, at der kan tales om alt. Dette viser sig dog sjældent at være tilfældet. Jeg arbejder i en hierarkisk organisation, hvor der forekommer flere former for dialogmøder. Som områdeledelse har vi (min afdelingssygeplejerske og jeg) dialogmøder med afdelingsledelsen. De har dialogmøder med direktionen på hospitalet, som igen har dialogmøder med koncerndirektionen. En anden type dialogmøder er med patienter og pårørende, som har indgivet en klage over et forløb. I begge disse typer af dialoger er der som udgangspunkt ikke en ligeværdig relation, det drejer sig om samtaler mellem en leder og underordnede kolleger eller mellem behandler og patient. Udfaldet af disse samtaler er således meget afhængigt af, hvordan samtaleparternes indbyrdes relation er, og hvilken tilgang og attitude de møder ind til mødet med.

Det er på den baggrund interessant at kigge nærmere på dialog og magt. I udgangspunktet forudsætter '*dialog*', at det beskriver en samtale mellem ligeværdige parter, som bygger på åbenhed, respekt og gensidig tillid. Dialoger handler om at tale sammen, ikke tale til.

Mikhail Bakhtin har en relationel tilgang til dialogbegrebet, ved at fremføre, at dialogen indebærer, at der er mindst to personer, som relationelt lytter til og responderer på hinanden, ellers er det en monolog. Det handler om at tale-med i modsætning til at tale-til. For Bakhtin er det centrale, at både vi som mennesker og fænomener får deres betydning, i forholdet til '*det vi ikke er*'. Dvs. betydninger opstår i spændingen mellem forskelligheder, som en dynamisk kraft. På den vis er mennesket formet i samspillet med dets relationer, og vores ytringer er præget af

det, som vi tidligere har hørt og oplevet i vores møder med andre mennesker, medier, kunst mm. (Phillips, 2011).

På denne vis kan kommunikation kun være dialogisk i Bakhtins optik. Der vil være en tilstedeværelse af multiple stemmer – en polyfoni. Der vil være både indre og ydre stemmer, som vil være forskellige og repræsentere konkurrerende synspunkter. Det er i diskurserne mellem disse modsætningsfyldte stemmer at betydning opstår (Bakhtin, 1981). Stemmerne er hver især konstant under forandring, fordi de påvirkes af de andre stemmer.

Analogt med Bakhtin formulerer Martin Buber en skelnen mellem en '*jeg-det*' relation og en '*jeg-du*' relation i forbindelse med samtaler. For Buber er dialogen, at opfatte som en ligeværdig samtale mellem individer, som begge åbent deltager og bidrager til indholdet af samtalen. De indgår med andre ord i en '*jeg-du*' relation. Er der tale om en '*jeg-det*' relation, er den ene part underlagt den anden (Kap. 4 i Larsen & Rasmussen 2014)). Oplysningskampagner og rådgivningssamtaler er eksempler på sidstnævnte, hvor der ikke er en ligeværdighed. Den ene part besidder en (ekspert)-viden som formidles i en lineær proces.

Filosoffen Hans Georg Gadamer er optaget, af de '*forståelser*' vi tager med ind i samtalerne, dvs. vores forståelseshorisont, som naturligt er skabt af vores baggrund socialt, fagligt, kulturelt etc. Hvordan vi agerer i en samtale, afhænger af vores evne til indre refleksion om disse fordomme, specielt når de udfordres. Gadamer taler om en *lukket forståelseshorisont*, hvis vi forsøger at overbevise samtalepartneren om vores synspunkt og om en åben og lyttende position, hvor nye meninger og virkelighedsopfattelser kan emergere (Larsen & Rasmussen 2014). I forlængelse af Bakhtin, Buber og Gadamer skelner den britiske kommunikationsfilosof, John Shotter, mellem '*aboutness-thinking*' og '*withness-thinking*' (Shotter 2006). Den samtalepartner, der udviser '*aboutness-thinking*', er observerende og vurderende og ikke indstillet på at respondere på modpartens indlæg, hvorved det bliver en meget kontrollerende tilgang til samtalen. I forbindelse med en tilgang præget af '*withness-thinking*', vil det derimod opleves mere dynamisk og levende, og der vil opstå mulighed for at nye uventede og

uforudsigelige meninger kan emergere i mellemrummet mellem samtaleparterne, netop fordi der søges indsigt i hinandens perspektiver (Shotter 2010).

I de nævnte typer af dialogmøder er det også relevant at kigge på magtbegrebet, for umiddelbart synes der ikke at være en magtbalance.

Når man beskæftiger sig med magt i relationer, kommer man ikke uden om Michel Foucault. For Foucault er magten allestedsværende og handler ikke kun om den klassiske forståelse af magt, som den institutionelle magt, der er givet gennem generelle mønstre som lovgivning og statsapparat. Magt er relationel i forståelsen af styrkeforhold og handler dermed også om ulighed i styrkeforhold. I den forståelse kan magt ikke erhverves men skabes hele tiden gennem spændinger, kampe og sammenstød. Magtrelationerne vedligeholdes og reproduceres gennem vores sprogbrug og er derfor indlejret i os. Det vil sige, at i alle sammenhænge er magtforhold iboende om end ikke altid direkte synlige. Dermed kan den dominerende fortælling i en given dialog afspejle, hvordan magten er fordelt (Foucault 1994).

Man kan tale om 'magtteknologier', og her vil jeg nøjes med at skelne mellem to; den '*disciplinerende normaliseringsmagt*' og '*den pastorale magt*'. Den disciplinerende magt er en '*magt-over*' og omfatter kriterier for, hvad der er ønskelig og forventelig adfærd. Dette ses i min organisation i relation til f.eks. udredningsret/ventetidsgarantier og missioner som "*ventet og velkommen*" og "*sammenhængende patientforløb*". Dette spiller sammen med '*aboutness-thinking*' som beskrevet ovenfor. Den pastorale magt er i modsætning hertil en '*magt-med*' eller '*magt-til*', forstået som en mere ligeværdig relation og båret af '*withness-thinking*', dvs. at begge parter perspektiv anderkendes og viden bruges til at formulere hvilken vej, udviklingen skal gå, det kan blive en værdiskabende proces (Shotter, 2010).

Hvor der er magt, er der også modstand, det er en givet diskurs og en følge af, at magt er relationel. Da man ikke kan forudsige eller kontrollere reaktionen hos sin dialogpartner, vil der være mulighed for at reaktionen er modstand, en form for '*modmagt*'. Som helhedsvurdering er magt således komplekst og diskursivt, idet der findes mange modstandsformer (Foucault 1994).

For at forstå disse processer og hvordan magt-modmagt emergerer, kan vi finde hjælp hos Kenneth Gergen (Kap. 4 i Larsen & Rasmussen 2014)) og hans anvendelse af hhv. '*centripetale*' og '*centrifugale*' kræfter, som først beskrevet af Bakhtin (Bakhtin, 1981). Idet vi betragter magt som en relationel interaktion og dermed en form for samskabelse, risikerer man i forbindelse med '*magt-over*' at udløse '*modmagt*' og dermed kritik og negationer, der vil have en *centrifugal kraft* på processen, hvorimod '*magt-med*' kan føre til koordinerede handlinger og stabilisering, dvs. medføre en *centripetal kraft* i processen. (Larsen & Rasmussen 2014).

Som eksempel på '*magt-med*' der bevirkede centripetalkraft, står første bølge af Corona-pandemien og løsningerne ude på de enkelte hospitaler som et nyligt og meget lysende eksempel. Alt gik så hurtigt, at der ikke var tid til at udforme retningslinier og forordninger centralt fra, men opgaveløsningen blev givet frit. Dvs. de enkelte afdelingsledere kunne lokalt indgå i en dialogisk proces med deres medarbejdere om løsningen af opgaven. Det var essentielt at inddrage mange synspunkter, da det var en opgave man ikke havde stået med tidligere.

I den modsatte ende ved tredje bølge så vi et eksempel på centrifugal kraft, i forbindelse med at statsministeren bad sygehuspersonalet om at "*tage en tørn mere*", lige efter at der havde været et regeringsindgreb i sygeplejerske konflikten. Dette udløste '*modmagt*' i form af "*arbejd-efter-reglerne*"-aktioner og opsigelser.

DEVUOUSHKINIZING

Arthur W. Frank, der er professor i sociologi anvender udtrykket '*devoushkinizing*', om det man som forsker risikerer at gøre ved sine projektdeltagere. I sin stræben efter at beskrive dem fyldestgørende og hævde, at man har alle detaljer med, indikerer man samtidig, at de ikke besidder yderligere kompetencer og egenskaber. Deri ligger en risiko for at de pågældende føler sig '*afsluttet*'.

Udtrykket har han hentet fra den russiske filosof Mikail Bakhtin, der i sin analyse af Dostojevskys forfatterskab fremhæver Dostojevskis evne til at skrive polyfonisk, hvor forfatteren er i dialog med sine karakterer (Bakhtin 1984). Bakhtin beskriver heri en

karakter *Devoushkin*. *Devoushkin* har et selvbillede som helten fra en fortælling af Nikolai Gogol og bliver forfærdet over at erkende, at andre har gennemskuet at han er fattig, at hans liv er gennemanalyseret og defineret til mindst detalje. At der ikke er mere at fortælle om hans liv, giver ham en følelse af at være 'afsluttet', allerede at være død. Bakhtin argumenterer for at det både vil være empirisk og etisk ukorrekt, han hævder at Dostojevski bør fortsætte dialogen med sin karakter *Devoushkin*, og holde den mulighed åben at hans livsforløb kan ændre retning (Frank 2005).

For Bakhtin er al interaktion en dialog og vores 'stemmer' formes i en fortløbende proces med andre 'stemmer', præget af forventninger og svar. På den vis indeholder enhver stemme også de andres stemmer. Han har haft stor betydning for forskning i sociale processer. Den etiske relation for Bakhtin er, at ingen er noget uden 'den anden/de andre' og i samme fordring er der, at ingen kan 'afslutte' et andet menneske, der vil altid være mulighed for forandring.

*As long as a person is alive
he lives by the fact that he is not yet finalized,
that he has not yet uttered his ultimate word*

(Bakhtin citeret af Frank 2005 s. 967)

Jeg vælger at overføre denne term '*devoushkinizing*' til måden vi taler om hinanden eller grupper af personer. Ved at have en forudfattet mening om personer eller grupper, ved at '*putte dem i bås*' eller ved at generalisere; at fordi vi én gang har oplevet en given reaktion eller handlemønster fra én eller flere medlemmer af en gruppe, forventer vi at de alle tænker eller handler på samme måde – vi '*devoushkinizer*', eller med andre ord, fratager dem muligheden for frit at vælge en anden strategi, fordi vi ikke er åbne for den mulighed. Steen Hildebrandt, professor emeritus i organisations- og ledelsesteori, er inde på samme emne i en nylig kronik med overskriften "*Det er hjernedødt at omtale mennesker som hænder* (Hildebrandt 2021).

Jeg skal i min analyse tilstræbe at være åben for de stemmer, som mine interviewpersoner repræsenterer. Deres ytringer er opstået i dialog med mig og

som svar på mine spørgsmål og mine forforståelser. På samme måde må man forvente, at jeg har efterladt dem et andet sted end de var før interviewet, måske med en anden opmærksomhed på kommunikationen og sproget de anvender. Jeg skal tillige være opmærksom på min egen indre dialog i forløbet. Jeg vil naturligt være præget, af erindringer om hændelser vi taler om i interviewene og af tidligere møder, med personer der omtales eller interviewpersonerne selv. For Bakhtin er forudsætningen for livet at være i dialog, at vi vedvarende er åbne for den andens evne, til at blive en anden end hvem han eller hun allerede er, samt vores vilje og mulighed for at ændre standpunkt. For at være i dialog skal man minimum være 2 personer. Indgår man ikke i dialoger er man i Bakhtins opfattelse død (Frank 2005).

ANALYSEMODELLER

I analysen af mine data har jeg valgt at tage udgangspunkt i to teorier; *Domæne teori* og *CMM-teorien (Coordinated Management of Meaning)*

DOMÆNETEORI

Når jeg oplever, at der i højere grad er tale om en kampplads end samarbejde eller samskabelse i sundhedsvæsenet, kan man vælge at anskue det ud fra domæneteorien, der tager sit udgangspunkt i Humberto Maturanas kommunikationsforståelse; 'at alle ytringer er handlinger i sproget'.

Domæneteorien tilbyder os et begrebssæt, så vi kan se nærmere på, hvilke kontekster for vores samvær der er dominerende og hvilke positioner der tales fra (Nielsen, Moltke & Molly 2019). Der defineres tre domæner:

Det personlige domæne er den etiske position og farvet af vores erfaringer og faglige stolthed. Det er her vi finder vores overbevisninger og holdninger og når vi kommer i konflikt, er det oftest fordi vi rammes af en følelse, af at det vi oplever eller udsættes for, ikke er i overensstemmelse med vores værdier og præferencer.

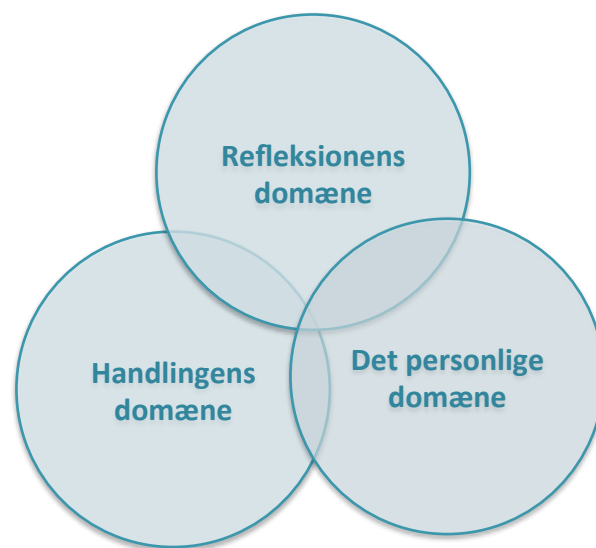


Fig. 1 De kommunikative domæner

Handlingens domæne er eksponent for lineær tænkning, at der er velbeskrevne arbejdsgange og regler der danner grundlaget, for hvad der foregår i organisationen. Det er ofte beskrevet med metaforen 'færdselsreglerne i trafikken'. I arbejdssammenhæng bevæger vi os hovedparten af tiden i dette domæne, da det sikrer automatisering og rutiner i opgaveløsningen. Udfordringerne opstår jo mere komplekse opgaver der skal løses og svaret på dette bliver at formulere flere regler og retningslinier.

Refleksionens domæne er den situation hvor man tillader sig at træde et skridt tilbage, gå i 'helikopter-perspektiv'. Man kan også betegne det som en *metaposition* hvor man ikke tolker, men er nysgerrig på de forskellige versioner og tolkninger der er repræsenteret i en given sammenhæng, med det sigte at opnå læring og nye indsigter (Nielsen, Moltke & Molly 2019). Her trækkes på *neutralitetsbegrebet* fra Milanoskolen (Cecchin, 1987).

Med domæneteorien i mente, kan jeg nemt finde eksempler fra mine år som mellemlider, hvor frustrationerne og den fejlslagne kommunikation kan relateres til at vi ikke har været enige om hvilket domæne, vi talte ud fra.

I forbindelse med implementering af et stort nyt elektronisk journalsystem, blev vi der havde været superbrugere i implementeringsprocessen samlet til et evalueringsmøde. Det havde været en svær proces og der havde været tale om at implementeringsdatoen var blevet trumfet igennem, trods at IT-folkene havde

udtalt at det ikke var klar. Hovedparten af de fremmødte superbrugere tolkede invitationen til evalueringsmødet som en invitation til dialog i '*Refleksionens domæne*'. Efter en gennemgang af hvilke delprocesser der var lykkedes og hvilke der fortsat blev arbejdet på at løse, skulle mødelederen til at runde af, dvs. vedkommende betragtede mødet som afviklet i '*Produktionens domæne*'. Da der blev spurgt fra én deltager, om de ikke var interesseret i at høre vores input, til hvad der kunne optimeres til udrulningen på de næste hospitaler, blev der repliceret "*Vi har vist hørt hvad I har at sige*". Min tolkning er, at vedkommende opfattede at spørgsmålet blev stillet fra *Det personlige domæne* og forventede, at det var brok og klager der ville blive fremført, samt at det også for vedkommende havde været en svær proces. Vi gik alle uforløste fra mødet, fordi der ikke var forventningsafstemt om kontekst og form.

Et andet eksempel er, alle de gange hvor der er udrullet hvad der opleves som besparelser, når man sidder i den position, som skal effektuere beslutninger taget højere oppe i organisationen. Afdelingen pålægges *gevinstrerealisering* eller *omprioriteringsbidrag*. Afdelingsledelsen indkalder til et møde i ledelsesteamet og lægger op til, at der skal arbejdes i *produktionens domæne*, "*Vi har brug for jeres input til hvor vi skal finde de XX millioner, som...*" For de fremmødte mellemledere opleves det urimeligt og uoverskueligt og det er i alt fald umuligt at tænke produktion og refleksion, når man er i en indre konflikt, i forhold til om det er rigtigt og hvad det betyder for patientforløb og arbejdsmiljø. Så taler man uden tvivl fra '*det personlige domæne*'. De møder er sjældent hverken frugtbare eller produktive i forhold til at opstille mulige scenarier og det lykkes sjældent at arbejde indenfor *Refleksionens domæne*.

CMM-TEORIEN – *The coordinated Management of Meaning*

W. Barnett Pearce er socialkonstruktionist og pragmatiker. Dvs. har den opfattelse, at vi er i evig interaktion med vores medmennesker og omgivelser (Pearce 2006). At vi indbyrdes påvirker hinanden gennem vores handlinger, sprog og historier. Pearce er kommunikationsteoretiker og som socialkonstruktionist beskriver han

kommunikation, som en handling vi udfører i interaktion med andre. Gennem vores kommunikation med hinanden skaber vi den sociale verden snarere end at tale om den. Som modsætning til den socialkonstruktionistiske kommunikationsmodel, står transmissionsmodellen. Denne forudsætter at et budskab, der udtrykkes klart og præcist overføres uden forvrængning. Det vil sige, at budskabet modtages i overensstemmelse med afsenderens hensigt. Pearce mener, at denne opfattelse af kommunikation er problematisk, da vi som individer er forskellige med forskellige holdninger og derfor tillægger indholdet af kommunikationen personlig betydning, dvs. at vi konstruerer en betydning. Pearce opfordrer os til at undersøge de måder, vi kommunikerer på. Han betragter kommunikation som indbefattende to processer; betydningsdannelse og koordinering med andre. Heraf navnet 'Coordinated Management of Meaning (Pearce 2007).

*"Er vi mere opmærksomme på replikskiftene i kommunikationsprocessen,
kan vi styrke vores evne til at lokalisere de forgreningspunkter,
hvor vi, hvis vi handler klogt, kan ændre samtalens forløb
og dermed skabe et andet "efterliv".*

Hvis vi er meget kloge, og en smule heldige, kan vi forbedre vores sociale verdner"
(Pearce 2007, s. 19)

CMM-teorien er udviklet af Barnett Pearce i samarbejde med Vernon Cronen, begge kommunikationsteoretikere, som en fortolkende teori fokuseret på interpersonel kommunikation (Pearce 2004). De tog udgangspunkt i Ludwig Wittgensteins filosofi om 'sprogspil', dvs. at sproget frembringer forskellige udgaver af virkeligheden, sproget er således performativt. Deres udgangspunkt blev, at betydningen af et ord afhænger af den sammenhæng, det indgår i. CMM-teorien bygger på socialkonstruktionisme og pragmatisme og et ønske om at øve indflydelse på 'de sociale verdner', som den fortolker og kritiserer. Gennem CMM kan vi få øje på de mønstre af kommunikation, der opstår, når mennesker interagerer med hinanden, hvilken betydning identiteter, relationer, kultur og episoder har og hvordan den sociale konstruktion af disse foregår (Pearce 2007).

Barnett Pearce videreudviklede teorien til en model, hvorfor det oftest er ham, der refereres til i beskrivelser af CMM. Modellen har til formål at kaste lys på de dynamikker, der er i kommunikation og undersøge hvilken kontekst et givet udsagn udtales fra, samt et redskab til at sætte sig i den andens sted. Der er fokus på kommunikation i form af talehandlinger, og de måder, hvorpå vi forsøger at skabe mening gennem vores ytringer. Pearce og Cronen interesserer sig i højere grad for, hvordan vi kommunikerer, end hvad vi kommunikerer om. På samme måde er intentioner usynlige og derfor er det nødvendigt for ikke at misforstå hinandens hensigter, at være nysgerrig på intentionen med ytringen (Moltke 2019).

Centralt i CMM-modellen er, at der i en samtale er mange forskellige kontekster til stede på samme tid og modellen tilbyder os et værktøj til at undersøge det komplekse samspil mellem de mange kontekstniveauer, samt hvilke kræfter, der virker mellem de forskellige niveauer. Pearce argumenterer for at mange misforståelser opstår, fordi vi tager for givet, at de mennesker, vi kommunikerer med, opererer på samme kontekstniveau som os selv. Ved hjælp af CMM-modellen vil jeg undersøge, hvordan de forskellige kontekstniveauer repræsenteres og hvilke ytringer der henviser til de øvrige kontekstniveauer. Kontekstniveauerne er organiseret i et hierarki:

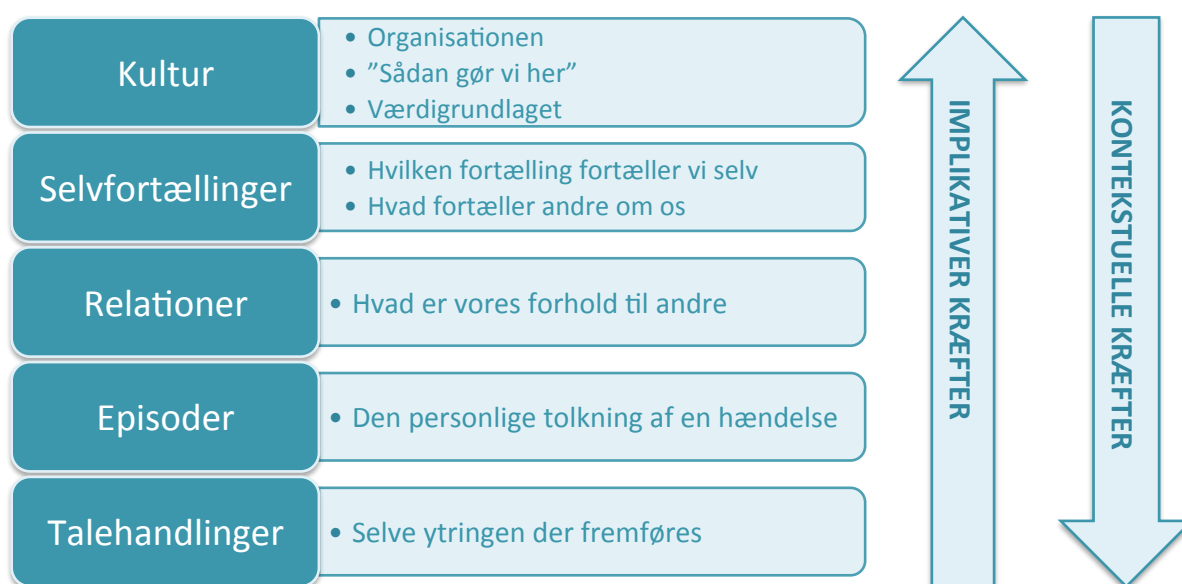


Fig. 2 Konteksthierarkiet i CMM-modellen

(Modificeret efter Pearce, 2006)

I denne hierarkiske opbygning virker der kontekstuelle kræfter ned gennem niveauerne, som ofte manifesterer sig i en følelse af, hvordan man "bør" handle eller endog ytre sig i en given sammenhæng/episode, givet ud fra kulturen eller organisationen. På samme måde har vores relation til de andre deltagere i samtalen stor betydning for, hvordan vi formulerer os og handler. Med andre ord kan en talehandling være forudseelig i én sammenhæng og i en anden fremstå som overraskende og "uden for kontekst" og derved få implikativ indvirkning på de øvrige niveauer i hierarkiet. Sproget kan på den ene side virke forstærkende men på den anden side har sproget også en stærk implikativ kraft i forhold til at få ting til at ske, til at skabe koordination og følgelig er der en tæt sammenhæng mellem relationer, episoder og talehandlinger (Pearce 2007).

Relationer kan være mangeartede og afhængige af konteksten. Nogle relationer er underforståede og uden nedskrevne regler som i familier eller blandt venner og kolleger. Andre relationer er bundet op på kontrakter og lovgivning, som mellem samarbejdende selskaber, mellem arbejdsgiver og ansatte, m.fl.

I sit arbejde med typer af fortællinger har Pearce trukket på Barbara Czarniawskas forskning om hhv. 'arbejdshistorier' og 'organisationshistorier'. Arbejdshistorier er uafsluttede og indeholdende en mængde tavs viden. Arbejdshistorier kan skifte retning afhængig af deltagerne i den givne sammenhæng og deres fortællinger. Organisationshistorier har en start og en slutning og har et formål mht. at beskrive organisationens historie eller mission og strategier (Pearce 2007, s. 190).

Pearce beskriver, hvordan der let kan opstå spændinger mellem den 'levede historie' / 'lived stories' (de 'episoder' vi udlever nu) og 'den fortalte historie' / 'stories told' (de historier vi fortæller, for at skabe mening i hvordan og hvorfor vi er nået hertil i livet eller i organisationen). Hvis afstanden mellem disse historier bliver for stor, kan vi gøre ét af to ting; vi kan handle anderledes (= omskrive episoden) eller vi kan genfortælle historien med egne ord, som vi erindrer den (= 'historiefortællen' / 'storytelling'). Det er med baggrund i dette, at han udviklede LUUUUTT-modellen, hvor der findes 4 underkategorier til 'Story**T**elling'. Modellen skelner således mellem: **L**ived stories, **U**ntold stories, **U**nheard stories, **U**nknown stories, **U**ntellable stories, stories **T**old and story**T**elling. (Pearce 2007).

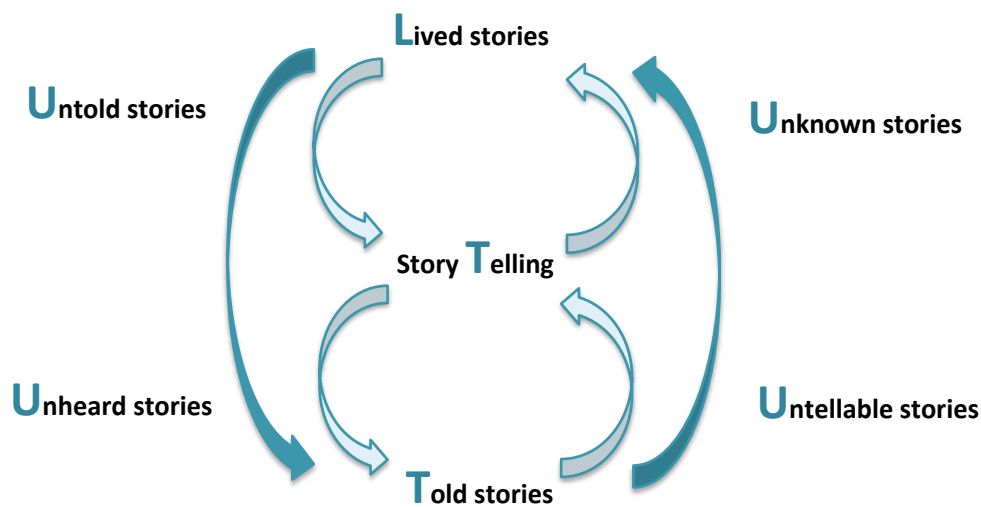


Fig. 3 LUUUUTT-modellen

(Pearce 2006)

En måde at udøve magt kan være i fortællingen af en given episode, ved at man 'omskriver' episoden. Det kalder Pearce 'sprogmestring'.

Blot én enkelt talehandling hvor hensigten bag og det, modtageren hører, er vidt forskellige, kan vende op og ned på samtlige kontekstniveauer. Enhver talehandling kommer efter et "før", dvs. tidligere begivenheder og ytringer, defineret ved kultur og relationer, hvorfor den er påvirket af de kontekstuelle kræfter. Derudover fremføres talehandlingen under en episode, som kan opleves forskelligt af de deltagende aktører. Talehandlingen følges derfor af et "efter", som kan være ændrede relationer og selvfortællinger pga. de implikative kræfter. På den vis rummer CMM-modellen et dynamisk og til tider cirkulært aspekt.

Som eksempel kan bruges episoden nævnt i indledningen. En situation hvor der kommer en udmelding fra direktionen, om at der 'skal høstes en effektiviseringsgevinst' som følge af omstruktureringer, praktisk talt inden man har nået at se effekten heraf. Ude blandt klinikerne høres det som *besparelser = reduktion i personale*, men også at 'man ikke har været effektiv nok' frem til nu.

Det kan nemt påvirke relationen mellem ledelseskæderne og ikke mindst selvfortællingerne, samt hvordan man opfatter kulturen i organisationen, præget af manglende tillid 'oppefra' til at opgaverne løses effektivt og med høj faglighed.

Når man arbejder med CMM-modellen som analysemodel, er det vigtigt at holde øje med 'forgreningspunkter' i samtalen. Herved forstår Pearce øjeblikke, hvor en ytring eller en talehandling giver mulighed for mindst to typer af respons; den som afsenderen forventer og den som modtageren leverer, fordi vedkommende opfatter talehandlingen anderledes og responderer uventet eller negativt. Disse forgreningspunkter er tidspunkter, hvor der er mulighed for, at samtalen kan bevæge sig i en anden retning (Moltke 2019).

SYSTEMISK PROCESFACILITERING

Det falder mig umiddelbart mest naturligt at arbejde ud fra systemisk teori og metode, da fokus for mit masterspeciale er kommunikation og relationer. Den systemiske metode tilbyder modeller og metoder til at arbejde med forandringer, konflikter, supervision og gennemsyres i det hele taget af kommunikationsperspektiver.

Centralt i systemisk teori står sætningen "*Det er modtageren, der bestemmer budskabet*", hvilket netop er det paradigme jeg ønsker at tage udgangspunkt i. Her bliver det nødvendigt at kaste et blik på Gregory Bateson (zoolog og antropolog) og hans begrebsapparat i kommunikationsteori (Ølgod i Ritchie 2007). Centralt hos Bateson er, at relationen ligger i betydningen af de handlinger og budskaber, som udspiller sig imellem enkeltindivider eller grupper. Der er med andre ord tale om interaktionen mellem parterne. Relationen kan beskrives med adjektiver som venlig, kølig, belærende el.lign. og den foregår ikke i et tomrum, men opstår som reaktion på følelser eller egenskaber. Kommunikation er således et netværk af informationer og budskaber, både verbale og nonverbale og i en ikke-handling eller et ikke-svar (Bateson 2005).

På samme måde har konteksten også betydning for kommunikationen, rammen omkring selve kommunikationen; er vi på arbejde eller private, er der et veldefineret hierarki eller en særlig magtbalance, som påvirker budskaberne? Der kan observeres "*kontekst-markører*" som fortæller os, hvilken kontekst vi er i. F.eks. i forbindelse med møder hvor man kan lægge mærke til; måden hvorpå der hilses,

om der er en defineret talerække eller andre signaler der har betydning for situationen. Bateson refereres ofte til med sætningen: "*Relationen er den mindste enhed*", at vi ikke er noget i kraft af os selv, men at vi forstår os selv via 'den anden', at vi er hinandens forudsætning, samt i relation til information som værende "*en forskel, der gør en forskel*". Med sidstnævnte menes at hændelser, budskaber og adfærd kun er information, hvis det opfattes som forskelle. Hvis jeg skal drage en parallel til mit virke som læge, er alle de ovennævnte forhold i spil. Der er rigeligt med kontekstmarkører; vi er på et hospital, vi bærer hvide kitler, der hilses og der er en forventning om, at jeg som læge styrer samtalen og konsultationen. Relationen er både givet på forhånd og skal etableres, specielt i mit speciale, hvor det ofte er helt små børn uden sprog, hvor det er alle de nonverbale virkemidler, der skal i brug for at skabe tillid og mulighed for at undersøge barnet fysisk. Endelig bombarderes jeg med oplysninger i kontakten med børnene og deres forældre, både verbalt i deres sygehistorie og nonverbalt i det jeg ser, mærker og hører under den fysiske undersøgelse, men det er kun de ting, der afviger fra normalen, som manifesterer sig i min bevidsthed som byggestenene til en mulig diagnose.

Andre centrale perspektiver i systemisk metode er anerkendelse og nysgerrighed og i denne sammenhæng den eksistentielle tilgang til anerkendelse "*at blive set*". At stræbe mod at være opmærksom på intentionen bag handlinger og ytringer både hos sig selv og dem, man arbejder eller kommunikerer med, samt være nysgerrig på hvorfor det eventuelt opleves og beskrives anderledes. Der fordres en *uærbødighed*, at man stiller spørgsmål både ved egne hypoteser og alle '*taget-for-givet-hederne*' (Cecchin 1987). Det er givet, at vi etablerer ny viden og indsigt med reference til, hvad vi tidligere har lært og erfaret, vores for-forståelser. Denne selv-reference benævnes i systemisk teori *Autopoiese*, vi er på den måde kommunikativt lukkede systemer og forstår ikke hændelser eller den omgivende verden ens. For at komme til nye erkendelser skal vi udsættes for forstyrrelser, som nævnt ovenfor. Er det, der sker, kendt og rutinepræget, er forstyrrelsen for lille til, at vi ændrer standpunkt, og er den for stor, for eksempel udsigten til store organisationsforandringer, risikerer vi at lukke af og ikke opfange den information, der ligger i beskeden. (Moltke & Molly 2019).

Man kan sige, at konteksten er betydende for en given kommunikation, dvs. for hvad der kan ytres og bliver ytret, men at "teksten" samtidig kan skubbe til den kontekstuelle ramme i et cirkulært samspil – "*Et udsagn kan aldrig stå alene*" (Olsen & Larsen 2011 s. 142).

Der er således mange positioner og perspektiver i givne sammenhænge og hændelser, i systemisk sprogbrug er verden et *multivers*. Der er altid flere eller mange perspektiver og stemmer, som repræsenterer hver deres konstruktion af virkeligheden.

I relation til disse levende samtaler, må vi bringe Mikhail Bakhtins polyfoni-begreb i spil. Idet der er bidrag fra forskellige positioner og personer og dermed forskellige forståelser og mulige handlemåder, vil der i den vellykkede dialogiske proces opstå en polyfoni af stemmer. Som facilitator er opgaven at være åben og nysgerrig, samt at favne denne polyfoni af meninger og forståelser i en dialogisk tilgang. Samtidig bør man være opmærksom på den polyfoni af stemmer, der opstår inde i én selv, som følge af mødet mellem det man har med fra tidligere og det, man oplever under processen. Polyfonien er således både en indre og ydre dialog mellem flere stemmer og skal ses som en berigelse til den fremadrettede proces, idet den udfordrer 'taget-for-givet' holdningerne og de iboende og måske fastlåste mønstre i relationerne, samt skaber mulighed for nye veje (Larsen & Rasmussen 2014).

FORSKNINGSMETODE

Da det ikke har været muligt at samle en gruppe af personer til et "*Sproglaboratorium*", har jeg i stedet valgt en tilgang med semistrukturerede interview med interessenter fra forskellige ledelseslag og observatør positioner. Tanggaard & Brinkmann beskriver, at i kvalitative studier er interview velegnet til at belyse relationelle, dialogiske, sproglige og narrative områder (Kap. 1 i Brinkmann & Tanggaard). Gennem en modificeret CMM tilgang at søger jeg afdække hvilke domæner der tales fra, hvilke kontekstuelle og implikative kræfter der er i spil og hvilke sproglige diskurser der afdækkes.

Før jeg gik i gang med at planlægge interviewene, har samlede jeg og læste en lang række artikler, kronikker og debatindlæg, skrevet af forskellige aktører; politikere, fagpersoner, sundhedsøkonomer m.fl. (se liste over debatindlæg). Dette for at perspektivere emnet i forhold til mit personlige udgangspunkt, således at der er flere stemmer i spil end min egen. Det er med baggrund i disse, at jeg har opbygget spørgerammen for interviewene (bilag A).

Interview er en måde hvorpå man kan opnå viden om udvalgte personers meninger, holdninger og oplevelser af givne situationer. Interview som kvalitativ metode beskrives som særligt velegnet indenfor relationelle og kommunikative områder, men kan aldrig være en neutral teknik. Da der er tale om interaktion mellem to eller flere personer, skal man som interviewer være opmærksom på, hvordan man påvirker svarene med sine betoning og den lytte-position man indtager. Man risikerer med sine uddybende spørgsmål, at svarene bliver *forhandlede*, dvs. at man som forsker risikerer at fremtvinge svar der passer i ens hypoteser (Cecchin 1987).

Omvendt har jeg i modsætning til en udefrakommende interviewer f.eks. en antropolog, en indsigt og viden i den terminologi der bruges og de organisatoriske sammenhænge der beskrives i svarene, man kan sige at vi har '*de sproglige koder*' fælles, da jeg studerer mit eget felt. Men det er åbenlyst, at jeg skal være opmærksom på, hvordan min forforståelse risikerer at farve interviewene både mht. at åbne for nye fortællinger gennem uddybende spørgsmål, men også risikoen for at lukke en uønsket fortælling ned.

Målet for interviewene er at komme så tæt på fokuspersonernes oplevelser som muligt og derefter gengive svarene i tredjepersons perspektiv (Tanggaard & Brinkmann 2020).

I udarbejdelsen af interviewguiden tog jeg udgangspunkt i hvad jeg ønskede at vide noget om.

Jeg ville belyse betydningen af relationer og kommunikation, samt i hvilken grad forforståelser har indflydelse på samarbejde og processer. Gennem interviewpersonernes beskrivelser af samarbejdsprocesser i forbindelse med forandringer og implementering af nye strategier, samt deres refleksioner over hvorfor det lykkedes, når det var tilfældet og hvad der manglede eller gik skævt,

når det var svært og frustrerende, håbede jeg at finde fortællinger der var fælles, måske endda generelle, men også overraskende fortællinger, der kunne åbne for nye måder at arbejde sammen på.

Jeg opfatter ikke mig selv som novice i forhold til at foretage strukturerede interview, da det er en meget stor del af lægegerningen i samtale med patienter. Derudover har jeg i hverdagen mange samtaler med både unge uddannelsessøgende læger og jævnaldrende kolleger, der har karakter af coachingsamtaler, hvor jeg træner at lytte til hvad fokuspersonen er mest optaget af at fortælle.

I interviewene tilstræbte jeg at lade interviewpersonerne fortælle, lytte til deres fortællinger og bruge de forberedte spørgsmål til at holde samtalen i gang. Min oplevelse var, at vi alligevel nåede rundt om de temaer jeg havde forberedt, selv om jeg undervejs i interviewene ind imellem kom i tvivl om hvem der styrede samtalen.

Strukturen i samtalerne var overordnet den samme, med nuancer der var tilpasset interviewpersonens position.

Jeg havde forberedt en formel indledning med at takke for, at de havde lyst til at deltage, indhentning af samtykke til at lave lydoptagelser, samt kort beskrivelse af formålet med min masteropgave (bilag A).

Åbningsspørgsmålet handlede om deres umiddelbare beskrivelse af deres egen position i sundhedsvæsenet og hvad de selv havde lagt mærke til. Dette udløste som oftest nogle opfølgende spørgsmål, med henblik på uddybelse af deres svar. Herefter fulgte nogle sonderende spørgsmål, hvor de blev bedt om at fortælle om succesfulde forandringer og hvad de tænkte var medvirkende årsager til at det var lykkedes. På samme måde blev de bedt om at huske på processer der havde været svære eller frustrerende og hvad de i bakspejlet fik øje på kunne have været årsagen og hvad de ville gøre anderledes i dag. Også her affødte det opfølgende spørgsmål med henblik på uddybning.

Det afsluttende spørgsmål var af mere strukturerende karakter, idet jeg bad dem fortælle hvor de ser samarbejdet og kommunikationen i sundhedsvæsenet er i dag og hvilke blinde vinkler de får øje på hos sig selv og deres samarbejdspartner.

Undervejs brugte jeg også fortolkende spørgsmål, for at sikre mig at jeg havde forstået deres svar og refleksioner korrekt. Man kan hævde at dette i en vis forstand er første trin i selve analysen af teksterne.

Ved transskribering af interviewene fik jeg øje på, at jeg indimellem 'falder i' og bliver forhandlende, ved at fremføre min egen oplevelse af givne hændelser, der kommer frem i fortællingerne.

Interview personerne:

LH – klinikchef og professor (bilag B)

FR – tidligere ledende overlæge og vicedirektør. Nu kommunallæge (Bilag C)

HA – tidligere Regionsdirektør (bilag D)

SV – tidligere konsulent i VIVE (bilag E)

PM – områdeleder og tidligere ledende overlæge (bilag F)

HB – oversygeplejerske (bilag G)

ANALYSE

I analyseafsnittet har jeg valgt at gennemføre delanalyser, som præsenteres først og derefter sammenfatte de overordnede fund i en samlet analyse. I den samlede analyse vil jeg specielt vil have fokus på de muligheder, som de centripetale og centrifugale kræfter (Bakhtin, 1981) har for fremtidigt samarbejde og kommunikation i sundhedsvæsenet.

DELANALYSER

Jeg har valgt at tage udgangspunkt i de talehandlinger som er fremkommet i løbet af mine interviews. Talehandlingerne henviser i nogle tilfælde til specifikke episoder og interviewpersonernes relationer til deres samarbejdspartnere.

Dernæst foretages en analyse af selvfortællingerne og til slut den organisation, som interviewpersonerne beskriver og herunder kulturen i sundhedsvæsenet.

Undervejs sættes der fokus på, hvilke kontekstuelle og implikative kræfter der virker mellem kontekstniveauerne i hierarkiet..

Derefter vil jeg ved hjælp af LUUUUTT-modellen, analysere hvilke typer af historier der fortælles.

Endelig vil jeg have opmærksomhed på, hvilke domæner de ytrer sig fra og om der undervejs veksles mellem domæner alt efter emnet, der tales om.

FØRSTE DELANALYSE

I mine interviews med de seks aktører, forsøgte jeg at stille åbne og sonderende spørgsmål med det sigte at invitere til spontane fortællinger, der ikke var præget af mine forforståelser, f.eks. *"Hvad ser du, når du kigger på sundhedsvæsenet i dag"* eller *"Fortæl om processer du har lykkedes med og hvad du tror var afgørende"* (se bilag A – interviewguide).

Generelt var de enige om, at sundhedsvæsenet er vokset og har udviklet sig betragteligt gennem de seneste 10-20 år, og at afstandene mellem regionsråd og embedsværket og ned til klinikerne i yderste led er blevet større. Som den tidligere regionsdirektør fortalte: *"Jeg kan huske, jeg brugte som billede for at få andre, altså folk, der ikke var i 'væsenet', til at forstå det. 'Når jeg træder ind på Herlev, så er der lige så mange ansat der, som der er i hele Frederiksberg kommune' Så hvis man i sin ledelsesstil arbejder meget med relationer og tillid, så bliver man udfordret, når det er så stort"*.

Den ledende oversygeplejerske formulerer det som: *"Nogle gange synes jeg, det er meget store drømme, man skal fortolke ned og ændre...hvad skal man pejle efter? Og der kommer nye måder at agere i det... så bli'r jeg nødt til at ha' den der meningsskabelse og dialog"*.

Den tidligere ledende overlæge følger op: *"Specielt hvis man som ledende overlæge heller ikke selv synes, idéen er helt fantastisk, så kan den være svær at oversætte."* Og i forhold til forskellen mellem at være afdelingsleder og afsnitsleder: *" ... da jeg på et tidspunkt blev lidt træt af at være ledende overlæge, så tænkte jeg; 'Hvad er det egentlig, der sker ?' - og så kunne jeg jo mærke, at jeg var jo ikke selv den, der sådan var med i det nede i substansen"*.

TALEHANDLINGER

LH: Vi har lavet os et system der i mine øjne lidt perverteret og der er ikke nogen der har gjort det med vilje, men det har bare groet øh af sig selv, li'som ukrudt i en have. (Klinikchef)

PM: Det var så nogen, de kanøfledede, hvis der var nogen der turde sige noget højt på et ledermøde, så fik man bare; "Du har ikke ret til at sige noget, for du har ikke styr på din økonomi" (tidl. Ledende overlæge)

SV: Når man først har gravet sig ned i sin egen skyttegrav, bliver det en forhandlings situation. Hvis man nu åbent havde sagt 'hvor trykker skoen'. Hvad er de væsentligste problemer og hvad har de forskellige af idéer til løsninger (Tidl. VIVE-konsulent)

HA: når man er under pres så går man i forsvar. Når man går i forsvar så hører man ikke og så er nysgerrigheden forsvundet (tidl. Regionsdirektør)

HB: "Årh, det er langt væk fra den der region og ned og hvad får man råderum til" (oversygeplejerske)

HA: ...altså at regionen blev jo omtalt som Bruxelles, altså sådan noget meget fjernt liggende og altså jeg oplevede ikke den der sammenhængskraft mellem hospitaler eller mellem hospital og administration. (tidl. Regionsdirektør)

SV: Det du oplever det er at "de" bliver et problem for dig, de er ikke problemløsende, for de kommer med en prisme eller en bikube eller en cirkel og så skal du komme med 8 indsatser... og sige "hak" vi har levet op til strategien. (tidl. VIVE-kons.)

Deres oplevelse synes at være samstemmende i forhold til, at der er tale om en meget stor og kompleks organisation, hvor der er lang vej fra politikere og embedsværk og ud til klinikerne ude ved patienterne, og at det somme tider er udfordrende i forhold til at få skabt mening med div. hensigter og strategier. Den tidligere VIVE-konsulent som har blikket udefra, har meget fokus på de strategimodeller, som de forskellige regioner fremstiller som visuelle stiladser for deres hensigter.

Alligevel er der tidspunkter hvor det lykkes som den tidligere ledende overlæge fortæller om relationen til en hospitalsdirektør: "...Jeg kendte ham rimeligt godt. Vi havde osse haft sådan nogen af de der venskabelige skænderier.... Men, men vi kunne tale sammen. Han var ikke langt væk".

Dvs. organisationens størrelse har stor betydning for relationerne, men omvendt kan relationer have stor betydning for opgaveløsningen og dialogen på tværs af ledelseskæderne.

De peger med deres fortællinger også ind i konkrete episoder, som de refererer til.

EPISODER

LH: Første gang man egentlig hører det om penge og det er et issue. Det er da Krazilnikof går af, fordi han bliver bedt om noget besparelse, hvor han siger; "kraft edeme nej". (Klinikchef)

SV: Kræftpakkerne er måske det eneste eksempel jeg kan komme i tanke om, hvor ledelserne simpelthen blev tvunget ned i noget virkelig 'nitti-gritti' (neady-greedy) simpelthen blev nød til at forstå selve detaljerne i maskinrummet....(tidl. VIVE-konsulent)

PM: Så var der en leder af byggeafdelingen som var meget god til sådan netop at være mødeleder og komme hele vejen rundt. (tidl. Ledende overlæge)

LH: ...der sker der jo osse det, at når ting bliver meldt ind, så bliver det skrevet om inden det skal op til Hillerød. I bedste mening, fordi de ser i deres virkelighed, at de skal have opfyldt nogle krav om noget økonomi og noget plads og noget lys på og det ene og det andet ... (Klinikchef)

FR: ...der fik vi faktisk lavet noget, helt udenom direktionen, faktisk på græsrodsplan lavet en specialiseret hjemmesygepleje der fungerede og med et skidegodt samarbejde med de tre kommuner (tidl. Vicedirektør)

LH: Jeg kan fortælle som en kuriosum at den nye koncerndirektør, han var i erhvervspraktik hos os (Klinikchef)

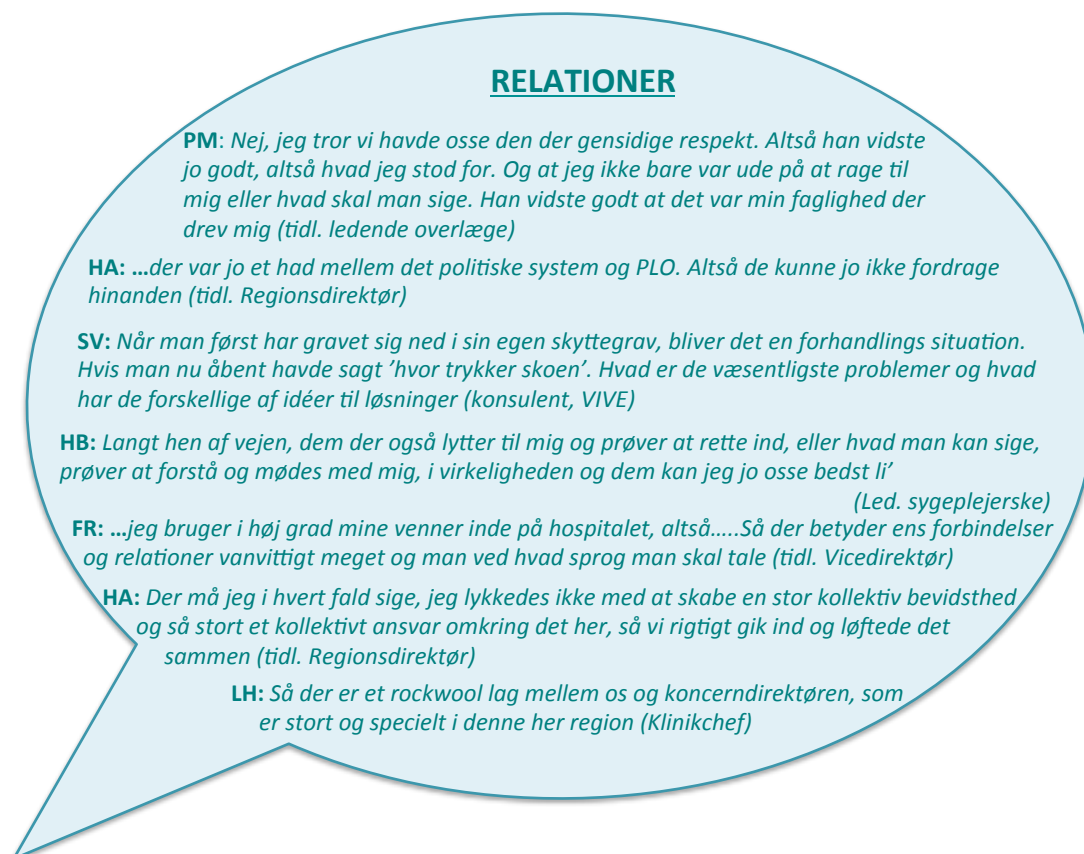
PM: ...så gik vi med den der hybridløsning. For så var der ikke nogen der tabte ansigt, men – nej. Så det var en ret skæg proces (tidl.led.overl.)

Der er tale om fortællinger hvor ting var lykkedes dels på trods, som f.eks. kræftpakkeforløbene, hvor det lykkedes at bringe mange fagligheder sammen og skabe en proces, der førte til kraftigt forbedrede forløb for patienterne. De fortæller også om processer, hvor direktørerne har været helt ude i klinikken og opleve hvad der var i spil og hvor det lykkedes at blive enige om en 'hybridløsning' til alles tilfredsstillelse.

Når det gælder relationer er fortællingerne lidt forskellige, hvor der dels er fortællinger om respekt og samarbejde, men også situationer med relationer, som har været udfordrende.

Nogle af de beskrevne relationer trækker tydeligt tråde både op og ned i hierakiet. Dvs. der er tydelige kontekstuelle kræfter, som både er affødt af det organisatoriske hierarki og det som opleves som stor afstand og dermed manglende kendskab til hinanden, men der beskrives også implikative kræfter, hvor der er en af parterne som "kommer på virksomhedsbesøg" og det bevirker

både at der etableres en relation, men også at det bliver lettere at finde en løsning på det givne problem gennem dialog.



Selvfortællingerne fyldte meget mere end forventet i interviewene. Alle interviewpersonerne fortalte mange historier og anvendte en lang række metaforer og narrativer. Det var tydeligt, at jeg havde ramt noget hos dem med valget af 'kommunikation imellem ledelseslagene' som emne. Jeg oplevede en stor lyst til at fortælle, dels hvordan de tilstræber både at være ledere, men også at være medinddragende i deres ledergerning.

Det var imidlertid også interessant, at de beskrev sig selv som ledere, der tilstræbte dialog og prøvede at udvise nysgerrighed og tillid. Men i deres beskrivelser af andre, faldt i og kom med fortællinger, der hører til gruppen af stereotyper og forudfattede meninger og holdninger.

Specielt den tidligere VIVE-konsulent gav udtryk for meget markante opfattelser af de forskellige aktører i sundhedsvæsenet; "Nej det giver bare mig en pejling på, når sådan en mand, med sådan et engagement i sundhedsvæsenet heller ikke

ved, altså det mest basic som hvilke andre uddannelser findes der, jamen så forstår jeg godt man er på hælene".

SELVFORTÆLLINGER

LH: Fordi jeg er jo en af de få som øh som er modige nok, til at sige hvad jeg mener og skrive det (Klinikchef)

FR: ...jeg er ikke et sekund i tvivl om at, jeg har aldrig været, jeg er ikke den kontrollerende type. Det ville man ikke kunne drive en butik af den karakter, hvis man er kontrollerende (Tidl. Vicedirektør)

HA: ...at selvom jeg havde været leder i år og havde prøvet alt muligt.... Jeg havde det sådan okay, jeg skal spænde hjelmen lidt her - det var faktisk en fed følelse (tidl. Regionsdirektør)

HA: Men jeg brugte faktisk det første års tid på og være rigtig meget ude og snakke med både den ene og den anden type af faglighed... inden jeg kom med alle mulige programerklæringer (tidl. Direktør)

PM: Altså det er ting der li'som popper op, hvor man tænker; "det her skal vi gøre noget ved" og det skal vi have masseret ind i organisationen. (tidl. Ledende overlæge)

HA: Så min afvejning var jo også med det store projekt til 3,6 milliarder, da det hele ryster, jeg var jo den der skrev kontrakten under. Det var det her med at tage rollen som 'Komiske Ali'... Men jeg tænkte, jeg bliver nødt til at stå der og hele tiden sige; "vi skal nok komme i hus". (tidl. Direktør)

LH: Jeg anser ham (HA) for at være realitetsforstyrret. Jeg tror han har været en alvorlig medvirkende faktor til at det går så skidt i vores region. (Klinikchef)

LH: Der er nogen der i højere grad, dyrker glasloftet og har den der meget store afstand (Klinikchef)

Man kan hævde, at der fandt en del "devoushkinizing" sted (Bakhtin, 1984).

Det sidste og øverste niveau i kontekst hierarkiet er selve organisationen, eller kulturen i organisationen.

Denne kontekst beskrives med større veneration og skarpere retorik.

Her domineres fortællingerne af at der er tale om en stor og kompleks organisation, hvor der på alle niveauer er tale om stor faglighed og dedikation til opgaveløsningen. Samtidig fortælles der også om et 'DJØF'iseret rockwool lag', der i nogle af beskrivelserne er møntet på embedsværket og i andre de faglige ledere som tilpasser sig rollen som leder: "Hvis jeg skal ha' dem til at lytte der er over mig, så er jeg nød til at tale deres sprog. Det har jeg tænkt meget over. Også den måde man skriver på. Altså der er en eller anden kodeks man skal følge ik' ?"

KULTUR

HB: Så er det jo blevet større og større, det der er dannet rundt om os og det er stadig politisk styret, men det er bare osse, der er flere og flere der nu skal blive enige om tingene (Led. sygeplejerske)

HA: Og det er altså kulturen både ude i klinikken, havde jeg nær sagt og i embedsværket omkring det. Den er jo meget æh monofaglig i forhold til det jeg er vant til. (tidl. Direktør)

LH: ...det er jo blevet bureaukratiseret og der er så mange nye ledelseslag og så mange forskellige interessenter, øh som der aldrig har været før. (Klinikchef)

PM: I min første stilling, der var der en anden direktion og de var totalt top-down. Øh, og de øhm altså, man følte sig som om man var mere til besvær end til gavn for dem og man ku' aldrig, man ku' aldrig gå til dem. Altså man kunne ikke lede op ad (tidl. ledende overlæge)

SV: Så kan du kalde det et rockwool lag af DJØF'iserede klinikere eller hvad hulen du vil kalde det. Men hele den der med; vi skal da ha' en strategi, vi skal da ha' en 5-års plan... du kan jo selv det der bull-shit bingo, du ved hvad det er for nogle begreber der kører rundt. (tidl. VIVE-direktør)

HB: Jeg skal prøve at lytte til hver enkelt og tænke, hvor langt kan jeg individualisere.

FR: ...at jeg i min ledelse har jeg aldrig accepteret at man til konferencer taler dårlig om andre specialer, eller... det gider jeg bare ikke at høre på (tidl. Vicedirektør)

HA: Jeg kan faktisk huske at der var to tre ting, på det første koncerndirektionsmøde ik', hvor jeg tænkte, hva' fa'en er det de tale om nu og det var jeg slet ikke vant til (Tidl. Direktør)

En af interviewpersonerne, som har erfaring både som afd.leder og vicedirektør, fortæller: "Når du sidder som vicedirektør, så er der for det første en direktør og en direktør sidder ofte og er meget afhængig, af hvad der sker i direktørkredsen og helt op til koncerndirektionen. Men der var mange ting osse man overordnet fra jo slet ikke havde, syn's jeg, selv arbejdet med i forhold til at få tingene på plads."

*Rockwool-laget' kan tolkes både som være et beskyttende værn om koncerndirektionen og det politiske lag, men omvendt også et filter der gør, at kommunikationen mellem lagene vertikalt i det organisatoriske hierarki bliver utydelig.

Den ledende oversygeplejerske fortæller: "Nogen gange har vi snakket om det i, først i afdelingsledelsen, så har vi snakket med vores mellemledere og så skal personalet bare forstå. Og det er bare sådan, "Nej det skal de ik' !" Indenfor samme tema fortælles om opgaver der sendes med kort varsel fra økonomiafdelingen: "...nogen gange kammede det helt over. Så fik man alle

mulige opgaver med; nu skal du indlevere nogle tal som skulle være afleveret i går og man tænkte; "but why" ik' ?"

Igen kan der findes både implikative kræfter, hvor relationer og personlige kompetencer har betydning for opgaveløsningen og følgelig implikationer opad i konteksthierarkiet, samt kontekstuelle kræfter der særligt synes at være fremherskende, når der er korte tidsfrister og komplicerede processer.

ANDEN DELANALYSE EFTER LUUUUTT-MODELLEN

I anvendelsen af LUUUUT-modellen til analyse af data, har jeg tolket modellen således, at *storyTelling* er den samlede gruppe af ytringer, der falder under **Untold stories**, **Unheard stories**, **Unknown stories** og **Untellable stories**.

I forhold til de levede historier (*Lived stories*) får man et samlet indtryk af dedikerede ledere, der trives i deres job og som har en god fornemmelse af hvilken organisation de arbejder i, samt forståelse for at der er tidspunkter, hvor man af hensyn til organisationen skal stå på mål for beslutninger man ikke er enig i og hvilke frustrationer det kan give i forhold til at skabe mening og følgeskab hos sit personale. På andre tidspunkter er det muligt og relevant at 'lede opad' og søge indflydelse og dialog.

Hvis man sammenholder de levede historier med de historier som fortælles (*Stories Told*) er det fortsat fortællingerne om den store organisation med de store afstande og de dedikerede medarbejdere. Men der kommer også en diskurs til syne i form af narrativet om det pressede væsen og arbejdsmiljø som risikerer at blive selvforstærkende og overskygge de mange ting som fungerer.

Fortælling	Eksempler fra interviews
Lived stories	HB: "Årh, det er <u>langt</u> væk fra den der region og ned og hvad får man råderum til" (oversygeplejerske) HA: ...den her organisation er sammensat af nogle meget <u>store</u> organisationer. Når man kommer ud på et hospital, det er jo en gigant virksomhed (tidl. regionsdirektør) FR: ...da jeg sad som vicedirektør, opfattede jeg grundlæggende at mit ledelsesmæssige råderum, var betydeligt mindre, end da jeg var ledende overlæge... Hvor jeg som ledende overlæge i høj grad syn's at jeg jo både havde udfordringerne og også mulighederne (Tidl. vicedirektør) HB: Det har givet mig bonus og arbejdsglæde, når man har haft én (kontaktdirektør) der pin-ponger med én. Og hvor man så kan gå videre.....(oversygeplejerske) HA: ...vi havde faktisk noget inddragende proces , hvor vi osse havde klinikere, lokale ledere, <u>alle</u> mulige havde vi med i at sige; "Hvordan sætter vi et formål op for organisationen" (tidl. regionsdirektør) FR: Så er der nogen beslutninger som du kan være lodret uenig i og du syn's det er... men de skal bare gennemføres (Tidl. vicedirektør) FR: ...det giver muligheder med en stor afdeling, det giver osse forpligtigelser. Vores afdeling er så stor, at den har et medansvar for at få et sammenhængende hospital. (tidl. vicedirektør) HA: ...jeg oplevede bare de (professorerne, red) havde så mange blinde vinkler... kom nu mand, løft jer nu lige lidt ud af jeres eget spor. Det var verdens <u>mest</u> dedikerede mennesker. Og <u>der</u> kunne jeg embrace det. Der måtte jeg virkelig sige; hold kæft hvor er det fantastisk, de bruger timer og engagerer sig (tidl. regionsdirektør)

Fortælling	Eksempler fra interviews
Stories T old	LH: <i>..vi vil gerne det bedste for vores patienter og det bedste for vores afdeling. Vi vil gerne gøre det, der er evidensbaseret, vi vil gerne ha' en velfungerende og glad afdeling. Øh vi vil osse gerne ha', at det bliver gjort med nogen økonomiske rammer som er fornuftige. (Klinikchef)</i> FR: <i>...så ud over politikere, så ligger der jo et stort embedsværk, som langt hen af vejen skal forvalte det, nogen politisk beslutninger og osse nogen økonomiske rammer (tidl.vicedirektør)</i> HA: <i>Det er simpelt hen svært at nå ud kommunikativt i den her organisation, det må jeg bare sige (tidl. regionsdirektør)</i> SV: <i>Jeg kan se det der ledelsessprog, som er meget sådan et strategi sprog og tænker meget i det jeg vil kalde kaskademodeller. Der er noget vi vedta'r og så skal vi implementere ned i organisationen (tidl. VIVE konsulent)</i> LH: <i>...jeg tror overordnet er det osse noget med; pligten, kaldet et eller andet sted er der. Men det bliver trådt under fode når folk ikke har det godt. "Det er nemt nok at være glad når man har det godt" (Klinikchef)</i> HA: <i>Jeg synes, der er en selvfortælling om hvor meget værre det bli'r hele tiden, som er rigtig farlig - Jeg synes i hvert fald der kører en historie at det bliver et meget stærkt narrativ ik' (tidl. regionsdirektør)</i>

Slutteligt vil jeg se, på de fortællinger som ikke er de åbenlyse og som der gennem analysen af de transkriberede interviews pludselig sættes spot på.

Blandt de u-fortalte historier (**U**ntold stories) og de ikke-hørte historier (**U**n-heard stories), fremkom nogle mere personlige beretninger om situationer som enten havde gjort indtryk, eller hvor vedkommende føler at de selv havde gjort en særlig indsats, de måske ikke følte sig anerkendt for. Det kunne også være tanker de har gjort sig i forhold til emner der ikke har været fokus nok på, enten på deres hospital eller i regionen.

Et tema der gik igen hos flere af interview personerne var det tværsektorielle arbejde, som ind til videre ikke har været tilstrækkeligt. Også her støder vi på en diskurs mellem det højt specialiserede hospitalsvæsen, hvor tilførsel af ressourcer har været stigende gennem mange år, i samme periode som supersygehusene er blevet etableret og ekspertisen samlet og dyrket. I den proces har man overset vigtigheden af at få sektorerne til at arbejde sammen, dvs. hospitaler, praktiserende læger og kommunale tilbud.

Et andet tema var små sprækker af erkendelse af at man på tværs af de faglige siloer; klinikere og støttefunktioner i stabene ikke har nok kendskab til netop hinandens faglighed samt indsigt i at fagprofessionelle reelt ikke er svære at lede, så længe de føler de bliver taget med i beslutninger om opgaveløsningen inden for de givne rammer.

Fortælling	Eksempler fra interviews
U ntold stories	PM: ...så er der en frustreret afdelingssygeplejerske som siger jamen prøv nu at hør' her, de der tavler de afspejler <u>overhovedet</u> ikke vores virkelige problem. Og så i stedet for at så'n du ved og affærdige det, så siger hun (direktøren) bare; "hvad er jeres problem" (tidl. ledende overlæge) HA: Jeg havde det sådan, jeg har en direktør og jeg stoler på vedkommende og vedkommende skal ha' de bedst mulige betingelser for at, og det største rum for at ha' succes... (Tidl. regionsdirektør) HA: ...vi snakkede om da vi sprang fra Herlev til Riget, der stod det klart for flere af os... linieledelsen fungerer overhovedet ikke. Altså vi var simpelthen ledelsessvage i det projekt (tidl. regionsdirektør) FR: ..jeg syn's vi har været for bagstræveriske i forhold til at arbejde tværsektorielt (tidl. vicedirektør) LH: Jeg har osse indtryk af at den faglige koordination mellem hospitalerne i Region Hovedstaden er mindre (Klinikchef)

Fortælling	Eksempler fra interviews
Unheard stories	HA: ...nu fik jeg sådan den der ekstra lammer at jeg blev udstyret med 1813 og sundhedsplatformen ved min ansættelse (tidl. regionsdirektør) LH: det er en anden kultur vi skal have tilbage, så det er sjovt at komme på arbejde (Klinikchef) PM: ...tror jeg det er vigtigt de føler en form for medejerskab så de ikke bliver koblet helt af det der foregår... de skal jo gerne være med i processerne (tidl. ledende overlæge) LH: der er ikke nogen ledelseskæder der har nogen motiver til at være onde (Klinikchef) PM: Og så føler jeg at rigtig meget af det jeg har sat i gang, har jeg gjort sådan lidt i det skjulte... (tidl. ledende overlæge) FR: ...prioritering er ofte meget andet end faglighed (tidl. vicedirektør) HA: Altså vi prøvede faktisk at have en dialog med de alment praktiserende læger. Og der, altså de ville det bare ikke (tidl. direktør) PM: Og så tror nogen ledere har virkelig, virkelig svært ved hvor dedikerede fagprofessionelle egentlig er i deres fag. FR: Altså jeg mener jo at læger langt, langt hen af vejen er ret nemme at lede. De skal bare ha' lov til nogen lunde at gøre det der interesserer dem. Det skal bare være indenfor den ramme som afdelingen har. Men så kan læger arbejde <u>vildt</u> meget (Tidl. vicedirektør) SV: Ansvar for det lægelige samarbejde på tværs er <u>overhovedet</u> ikke implementeret i det danske sundhedsvæsen, det er 'non-existent' (tidl. VIVE-konsulent) FR: Der er jo i mange mange år, det har der, været prioriteret rigtig rigtig højt i sekundær sundhedstjeneste. Der er bare puttet rigtig mange penge i hospitalerne (Tidl. vicedirektør)

Særligt interessant bliver det at kigge på de fortællinger som interviewpersonerne selv fremførte som om det var temaer, som ikke er oppe i diskussionerne; de ukendte historier (*Unknown stories*) og de u-fortællelige historier (*Untellable stories*). Kendetegnende ved de ukendte historier er det arbejde der udføres på de indre linier for at udviklet enten organisationen eller egen afdeling. For den tidligere regionsdirektør, der i sin "regeringstid" var mest kendt for implementeringen af 2 store strukturelle forandringer i regionen: "Det var en skal-opgave. Ja. Det var en politisk idé. Det var faktisk... det er jo egentlig sjældent, at det er fra det politiske det kommer...", som samtidig forsøgte at knytte hospitalsdirektørerne tættere til koncernledelsen og også forsøgte at arbejde med TEAL og Buurtzorg-modellen på enkelte afdelinger.

Fortælling	Eksempler fra interviews
U nknown stories	HA: Jeg tog hospitalsdirektørerne ind i koncernledelsen, begyndte at mødes med dem 2 timer hver torsdag. Øh simpelt hen for at sige, det er dem der skal være omdrejningspunkt (tidl. regionsdirektør) LH: Jeg tror vi har begået en meget stor fejl, ved at ha' relegeret professorerne og hele den akademiske streng ud på et sidespor... professorerne sidder jo, som 'gyldne kliniske assistenter' henne i hjørnet og hygger sig (Klinikchef) HB: Du skal lige hilse på et "årsværk" – det er at tingsliggøre (gevinstrealisere sekretærer) (ledende sygeplejerske) PM: og så passede vi bare vores egen butik og så prøvede man at flyve under radaren, så der ikke er nogen der opdager, hvad man har gang i, (tidl. ledende overlæge) PM: det sker rigtig meget på vores niveau, at det man laver det er – fordi alt kan jo tale ind i godt behandlet ik'. Og så siger man bagefter, det passer fint ind i.. Det er mest det der sker, hvis jeg ska' være helt ærlig (tidl. ledende overlæge) FR: ...at jeg på et eller andet tidspunkt syntes, at jeg fik lidt ledelsesmæssigt stækkede vinger. Det blev meget politisk, så'n meget topstyret på en eller anden måde. (Tidl. vicedirektør)

På samme måde på afdelingsniveau, hvor der ind imellem 'flyves under radaren' og får egne initiativer til at passe ind i regionens overordnede strategi.

I genren med de u-fortællelige historier er det specielt temaerne økonomi der er fremtrædende. Det handler både om hvordan nogle specialer eller sektorer er blevet forfordelt, men også hvordan det politiske niveau ind imellem tvinger nogle processer igennem, så det passer ind i den dagsorden der er i befolkningen og i mediebildet.

Fortælling	Eksempler fra interviews
Untellable stories	HA: Det ene er når man kommer på et hospital. Øj hvor er der bare meget produktionsmaskineri. Altså det skal man lige opdage (tidl. regionsdirektør) PM: ...så havde vi møde med sygehusledelsen, de der, dialogmøder man har en gang hver halve år eller sådan noget. Så fik vi nævnt at vi manglede plads, øhm. Og de sidder og "ja, ja det siger I jo alle sammen". Det kunne man godt mærke at de tænkte ik'. (tidl. ledende overlæge) SV: Skævvridning af ressourcer i forhold til out-come – 'but thats where the money i's (tidl. VIVE-konsulent) HA: Det blev aldrig sagt men det er min fortolkning. Det skulle være efter valget og det skulle være i gang før 1. Januar (tidl. Regionsdirektør) FR: Det som jeg osse syn's er ledelsesmæssigt væsentligt... At lede er jo at de-koble, altså man bli'r jo nød til at. Mange af de ting der kommer ovenfra er jo grundlæggende uforståelige eller ugennemførlige (Tidl. vicedirektør) HA: Det er osse kombineret med en sektor, som er vant til at der bliver lyttet til dem med ressourcer, fordi der altid er en patient at skubbe foran (tidl. regionsdirektør) LH: Det værste der kan ske...så sidder vi her fordi vi er større og flere topcentre, der alle sammen er gode og hvis vi så konkurrerer indbyrdes, så går det fra slemt til værre....(klinikchef)

SAMLET ANALYSE

Ved analyse af de indhentede interview data får jeg et billede af en stor organisation med mange fagligheder repræsenteret. Der er en bred erkendelse af kompleksiteten og en viden eller ydmyghed, i forhold til at vejen frem i forandringsprocesser og implementering af strategier er dialog og samarbejde. En stor del af ytringerne udtales fra produktionens domæne, hvor det personlige domæne primært bliver synlig i de i analysen ved hjælp af LUUUUTT-modellen, men i høj grad overtrumpes af fortællinger hjemmehørende i det refleksive domæne.

En af diskurserne ved at der er så mange fagligheder og de ofte er højt specialiserede, er at der ikke altid tales samme sprog: "*...men når vi kommunikerer (3 sek) så tror vi vi hører hvad vedkommende siger. Så når læger hører nogen sige produktionsapparat, så tænker de DJØF'ere, LEAN, MEAN*". Og der er også en erkendelse af at ting kan gå tabt i kommunikation, når organisationer bliver store: "*Den organisatoriske kompleksitetsforøgelse der er kommet. Den der følelse af at... altså at kommunikation er, der er så meget at det bliver redundant og jeg bliver væk, jeg bliver tabt i det her. Jeg kan ikke overskue det*".

En anden diskurs der afdækkes er at den specialisering der er sket gennem de sidste 10-20 år er kommet med en pris, man har glemt at fokusere på samarbejde mellem sektorer. Men også her åbnes der for hvilke muligheder der er for udvikling af nye tiltag: "*...men det handler måske om at lave nogle fora, hvor man netop får sat de rigtige mennesker sammen på en intelligent måde, Jeg er ikke specielt fortaler for det nære sundhedsvæsen, for det er et ekstra bureaukratisk led, der er blevet kastet ind. Men hvis de kunne formå at formidle netværk. Det tror jeg kunne gøre en forskel. Og så er det osse en proces. Det at turde at give slip på opgaver.*" Der er endda fortilfælde, hvor det er lykkedes: "*Når de kommer i rum sammen længe nok og begynder at forstå hinandens perspektiver og de har en bunden opgave, så kan de godt. Men vi har ikke bygget de strukturer omkring dem som gør at de bli'r tvunget ind i det rum hvor de skal noget med hinanden.*"

Der er således både centripetale og centrifugale kræfter repræsenteret, hvor det specielt er de centripetale kræfter i form af forskellige fagligheder og sprog, samt

prioriterings diskussionen dvs. omfordeling af ressourcer, der kan være energigivende i forhold at etablere nye samarbejdsrelationer og få øje på nye måder at løse og løfte de fremtidige udfordringer i sundhedsvæsenet.

DISKUSSION OG KRITISK REFLEKSION

Dette masterspeciale er i højere grad blevet et kvalitetsforskningsprojekt end et aktionsforskningsprojekt. Gennem interviews har jeg samlet en række fortællinger, som handler om organisationen, samarbejdet og kommunikationen i sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden. Forsamlingsforbud som følge af Covid-19 pandemien betød, at min oprindelige intention om at samle en række af disse aktører, til en proces hvor der skulle arbejdes med forforståelser og nysgerrighed på hinandens synspunkter, i en stræben efter en højere grad af dialog i samarbejdet, ikke kunne gennemføres.

Jeg er selv aktør i den organisation, som jeg har studeret. Det har jeg forsøgt at være bevidst om både i min indsamling af data og i min efterfølgende analyse og har i den forbindelse ført autoetnografiske optegnelser løbende gennem processen. Jeg forsøgte på samme måde, i den indledende fase at samle input i form af kronikker, debatindlæg, interview etc. Hensigten med dette var at opnå, at problemfeltet i specialet kom til at afspejle en opfattelse der deles af flere og ikke blot er min personlige fortælling. Med inspiration fra Karl Weicks filosofi har jeg forsøgt at være opmærksom på, om '*jeg ser det jeg forventer at se*'. Med andre ord at sætte spørgsmålstejn ved mine egne forforståelser og søge at undgå at forelske mig i egne hypoteser.

I min dataindsamling har jeg tilstræbt at få flest mulige stemmer repræsenteret. Desværre er det ikke lykkedes at få et interview med en politiker fra sundhedsudvalget i Region Hovedstaden og på samme måde, kan jeg klandres for ikke at have en repræsentant for patienterne. Jeg har forsøgt i min analyse at se, hvor disse stemmer evt. er repræsenteret, men det er meget sparsomt, hvorfor det naturligvis er en svaghed i projektet. Man kunne således hævde at patienternes stemme kunne ligge skjult i LUUUUTT analysen i de U-fortalte historier

(Untold stories). Man kunne også betragte det som patronisering eller 'Devoushkinizing' af patienterne, at de ikke er tydeligere repræsenteret, men behandles som en velafgrænset gruppe der 'blot' er aftagere af sundhedsydelser og ikke en stor heterogen gruppe af borgerne med meget store forskelle i behov og ønsker. Derudover er patienterne skatteydere og har følgelig en interesse i hvordan velfærdsydelserne finansieres og prioriteres.

Mht. politikerne er der flere ytringer, hvor de omtales af de øvrige interviewpersoner, i en grad så man fristes til at kategorisere det som 'Devoushkinizing'. Der gives i alt fald ikke udtryk for en forståelse eller nysgerrighed, på hvilke overvejelser der ligger til grund for de beslutninger der tages.

Jeg har fundet to leder-indlæg i *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen*, skrevet af formanden for Danske Regioners Sundhedsudvalg Karin Friis Bach, som kan give et indblik i det politiske landskab. De kan naturligvis ikke sidestilles med et interview, hvor der er en højere grad af spontanitet i besvarelsene og mulighed for at spørge ind til hendes oplevelser og refleksioner i forbindelse med forskellige processer. Bach redegør imidlertid for flere aspekter som taler ind i dette projekts data; "*Et sundhedsvæsen, der blandt andet er karakteriseret ved at være en stor og kompleks organisation med en højt specialiseret faglighed og store krav til koordinering, rettigheder, logistik, effektivitet og jura, medfører en risiko for at sundhedsvæsenet af patienter opleves som svært at navigere i, organisatorisk såvel som fysisk.*" Dette citat er i store træk en beskrivelse hun deler med mine interviewpersoner, med den forskel at hun drager patientperspektivet ind hvor aktørerne fra hospitalerne i højere grad taler fra de ansattes perspektiv. Begge parter beskriver en organisation, hvor Staceys kompleksitetsteori er relevant at applicerer (Stacey 1995). Sundhedsvæsenet er netop en stor organisation med et overvældende antal af interaktioner og mønstre af samme, som er i konstant bevægelser og forandring. Man fristes til at henvise til den gamle græske filosof, Heraklit; *Panta Rhei* = Altting flyder, i betydningen er i konstant bevægelse. Bach beskriver videre, at opgaven som politiker er at sikre stabilitet og forudsigelighed, for at lette arbejdet for regionens ledere mht. udviklingsarbejdet (Bach 2020). Hun giver udtryk for en bevidsthed om forskellen i vidensniveau mellem hende som politiker og den samlede administration, som kræver en høj

grad af moral hos embedsværket, da man som politiker "*blåstempler løsninger som andre har prioriteret*". I forbindelse med prioriteringsdiskussionen advarer hun mod, at man fra politisk hold lover befolkningen adgang til nyeste behandlingsformer og bedste medicin uden at tage den overordnede prioriteringsdiskussion. Med faste budgetter bliver prioriteringerne hvis det sker, skubbet ud til både hospitalsledelser og afdelingsledelser og i yderste konsekvens til den enkelte kliniker (Bach 2021). Der er således lagt op til fra flere sider at en dialog er ønskværdig og nødvendig, med henblik på en samskabelsesproces.

Der kan imidlertid ligge en fare, i at bruge termen '*dialog*', hvis der ikke er tale om en ligeværdig samtale. Det kan betragtes som en '*legitimeringsteknologi*' og derved være en måde at sløre de hierarkiske magtstrukturer (Phillips, 2011). Når jeg startede denne afhandling med citatet "*...altså kan ord gøre ondt ?*", så må svaret være "*Ja*". Selv et positivt ladet ord som '*dialog*', kan gøre ondt, hvis man går ind til en samtale med forestilling om at det er en ægte dialog og man så oplever en '*talen-til*' og '*aboutness-thinking*', kan resultatet være en følelse af tillidstab. På samme måde kan '*top-down*' processer være maskeret som '*bottom-up*' processer, ved at der er inviteret relevante interessenter/aktører til at deltage, men processen er så styret og lineær, at der ikke reelt er tale om inddragelse. I den forbindelse kan anvendelsen af termene dialog og medinddragende proces være '*semantiske*' greb, som Niels Åkerstrøm Andersen udtaler (Andersen, 2020)

Til slut gør Bach sig til fortalere, for at skabe gennemsigtighed i processerne og gennem systematik og inddragelse af relevante parter at tilstræbe transparens i prioriteringsdrøftelserne, der gør det trygt for både patienter og personale (Bach 2021).

"Sproget forbinder os og sproget har konsekvenser.

Sproget genspejler vores erfaringer og opfattelser.

*Man støbes til interaktion med andre brugere af det pågældende sprog,
men kan ikke interagere på samme kvalitative niveau
med brugere af andre sprog"*

(Pearce 2007 s. 181)

KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

I kølvandet på æraen med *'New Public Management'* og de indbyggede kontrolmekanismer, er der opstået en tillidskrise, der hæmmer den konstruktive dialog om forandringsprocesser i sundhedsvæsenet.

Gennem arbejdet med dette master speciale, har jeg fået en indsigt, i hvordan dialoger kan bibringe større viden og nysgerrighed på hinandens synspunkter, samt være den bærende kraft i forandringsarbejdet.

Perspektiverne ligger, som jeg ser det, i at samle så bredt et udsnit af perspektiver på en given problemstilling. At skabe et rum hvor der er tillid og tryghed og hvor viden deles fordomsfrit, således at der etableres dialoger, hvor summen er større end de enkelte bidrag.

Hensigten skal være en samskabelsesproces, hvor der tages udgangspunkt i målet og hvad man ønsker at opnå, samt hvilke rammer man arbejder indenfor. Men hvor man i processen dyrker forskelligheden, i de faglige input som aktørerne bringer ind i dialogen.

Jeg vil starte hos mig selv og være opmærksom på egne ytringer og forholdemåder, samt hvilke stemmer der høres.

CMM-teorien og dens modeller er netop udviklet til arbejde med konfliktfyldte dialoger og vil følgelig være mulige værktøjer at tage i anvendelse i forandringsprocesser i sundhedsvæsenet.

FIGUROVERSIGT

- Figur 1: De kommunikative domæner
- Figur 2: Kontektshierarkiet i CMM-modellen
- Figur 3: LUUUUTT-modellen
- Figur 4:

BILAGSOVERSIGT

- Bilag A: Interviewguide
- Bilag B: Interview med Liselotte Højgaard
- Bilag C: Interview med Finn Rønholt
- Bilag D: Interview med Hjalte Aaberg
- Bilag E: Interview med Sidsel Vinge
- Bilag F: Interview med Pernille Mathiesen
- Bilag G: Interview med Heidi Brønnum

LITTERATUR

- Andersen, NÅ. (2020) Kap. 3 *Vi tror, at vi har borgeren til fælles* i Tonsberg S. & Nordskilde H. (red.) *Chefer sætter borgeren først*. 41-49. København. Væksthus for ledelse
- Baarts, C. (2020) Kap 8 *Autoetnografi*. I Brinkman S. & Tanggaard L. *Kvalitative Metoder en grundbog*. 347-375 København. Hans Reitzels Forlag
- Bakhtin, M. (1981). *The dialogic Imagination: Four Essays*. Austin & London. University og Texas Press
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevskys's poetics*. (C. Emerson, Ed. & Trans.). Minneapolis. University of Minnesota Press
- Bateson, G. (2005) *Mentale systemers økologi: skridt i en udvikling*. København. Akademisk forlag
- Cecchin, G. (1987): "*Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity*". *Family Process*, 26: pp. 405-441.
- Crüger D. (2020) Kap 4 *Fra systemets til patienternes sygehus* i Tonsberg S. & Nordskilde H. (red.) *Chefer sætter borgeren først*. 53-65. København. Væksthus for ledelse
- Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2017.
<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/Danskernes-Sundhed-Den-Nationale-Sundhedsprofil-2017>
- Dewey, J. (2009) *Hvordan vi tænker – en reformulering af forholdet mellem reflektiv tænkning og uddannelsesprocessen*. Århus. Forlaget Klim.
- Dewey, J. (2014) Kap. 11 *Barnet og læreplanen* (Oversættelse af p 3-31 i *The child og the Curriculum and The School and Society* (1956)) i Illeris, K (red.) *Tekster om læring*. Roskilde Universitets Forlag
- Egholm, L. (2017) *Videnskabsteori: Perspektiver på organisationer og samfundsteoriorganisationer*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. (Summer 1982) *The Subject and Power*. *Critical Inquiry* (vol. 8): 777-795

Foucault, M. (1994) *Viljen til viden. Seksualitetens historie 1*. Frederiksberg. Det lille forlag

Frank, AW. *What is dialogical research, and why should we do it ?* Qualitative health research, Vol. 15 No. 7, September 2005. P 964-974

Fried Schnitman, D. (2004) *Generative instruments of CMM*. In *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management*. Special edition: W.B. Pearce & J. Kearney (Guest eds.) "CMM: Extensions and Applications"

Gergen, K.J. (2010) *En invitation til social konstruktion*. Forlaget MindSpace

Hammer, S & Høpner, J. (2019) *Meningsskabelse, organisering og ledelse – en introduktion til Weicks univers*. København. Samfundslitteratur

Hildebrandt, S. (2021) *Det er hjernedødt at omtale mennesker som hænder*. Kronik i Politiken 30.12.2021

Højgaard, L. (2017) *Hvordan får vi verdens bedste sundhedsvæsen*. Moderne idéer. København Informations forlag

Jørgensen, MW. & Phillips L. (2019) *Diskurs analyse – som teori og metode*. Frederiksberg. Roskilde universitetsforlag

Konference i Væksthus for ledelse. (2021) *Hvad skal der til for at ledelseskæden fungerer godt ? Om gensidige forventninger mellem ledelseslagene*. København. 28. September 2021

Larsen, MV. & Rasmussen JG. (2014) *Relationelle perspektiver på ledelse*. København. Hans Reitzels forlag

Moltke, H.V. (2019) Kap. 13. *CMM – Teorien om coordinated management of meaning*. I Moltke, H.V. & Molly, A. (Red.) *Systemisk coaching*. København. Dansk psykologisk forlag.

Moltke, H.V. & Molly, A. (2019) *Systemisk coaching*. København. Dansk psykologisk forlag

Nielsen, K.M., Moltke, HV & Molly, A (2019) Kap 12 *Domæneteorien* i Moltke, H.V. & Molly, A. (Red.) *Systemisk coaching*. København. Dansk psykologisk forlag.

Olsen, T & Larsen, F. (2011) *Sproget er ikke gratis. Et systemisk og narrativt syn på forandring*. Dansk Psykologisk Forlag

Pearce, W.B. (2007) *Kommunikation og skabelsen af sociale verdener*. København. Dansk psykologisk forlag.

Pearce, W.B. (2004). *The Coordinated Management og Meaning (CMM)*. CMMInstitute.org. Theories of communication incorporating culture, chapter 2

Phillips, L. (2011) *Med forskel som forandringskraft: en introduktion til dialogisk kommunikationsteori*. I Almund, P. & Andersen, N.B. (Red.) *Fra metateori til kommunikation*. København. Hans Reitzels Forlag.

Rosa, H. (2020). *Fremmedgørelse og acceleration*. København. Hans Reitzels forlag

Solsø, K & Thorup P. (2018). *Ledelse i kompleksitet – En introduktion til Ralph Staceys teori om organisation og ledelse*. København. Dansk psykologisk forlag

Shotter, J. (2006). *Understanding Proces from Within: An Argument for 'Witness'-thinking*. Organizations Studies 27(4):585-604

Shotter, J. (2010). *Situated Dialogic Action Research. Disclosing "Beginnings" for innovative Change in Organizations*. Organizational Research Methods 13(2):268-285

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2020) Kap 1. *Interviewet: Samtalen som forskningsmetode*. I Brinkman S. & Tanggaard L. *Kvalitative Metoder en grundbog*. 33-63 København. Hans Reitzels Forlag

Weick, KE. (1993). *The collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch disaster*. Administrative Science Quarterly, Vol. 38(4):628-652

Weick, KE & Quinn RE (1999). *Organizational change and development*. Annu.Rev.Psychol. Vol 50: 361-386

Ølgod, B. (2007). Kap. 9. *Gregory Batesons relationsbegreb* i Ritchie, T. (red.) *Relationer i psykologien*. Værløse. Billesø & Baltzer Forlagene

AVISARTIKLER, DEBATINDLÆG OG KRONIKKER

Berlingske 30.11.2021 *Professor: Mere konkurrence i sundhedssystemet er ikke vejen frem, Søren Pind* (kommentar af Jes Søgaard)

Dagens medicin 04.02.2022 *Kom lad os brokke os* (stikpillen af Jonathan Schloss)

Politikken 30.12.21 *"Det er hjernedødt" at omtale mennesker som hænder* (debatindlæg af Steen Hildebrandt)

Politikken 02.01.2022 *Jeg kalder det flugten fra klinikken, og det er et af vores helt store problemer* (interview med Søren Brostrøm)

Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen 30.08.2020 *Servicekultur handler om at sætte mennesket først* (leder af Karin Friis Bach)

Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen (18.11.2021) *Prioriteringer kræver et højt niveau af åbenhed* (leder af Karin Friis Bach)

Ugeskrift for læger (30.09.2021) *Ledelse og medarbejder-demotivation i det danske sundhedsvæsen* (kronik af Kenneth Obionu)