

Syddansk Universitet

Det Ny Merino

#43

Institut for Sprog og Kommunikation

Misinformation og mistillid i sundhedsjunglen

Et aktionsforskningsprojekt mellem humanister og læger om
postfaktuelle tendenser i sundhedsvæsenet

Anna Sandal og Camilla Jacobsen

April 2020

ISSN: 2445 – 6764

Copyright ©

Artiklen må bruges og genbruges under Creative Commons licens BY-NC-ND, hvilket betyder, at den må gengives og spredes elektronisk eller på anden måde, hvis det sker med klar kildeangivelse og/eller med link tilbage til den pågældende gengivelse.

Redaktion: Flemming Smedegaard, Katrine Slott Nielsen & Cecilie Greve Jensen

Præsentation af forfatterne



Anna Sandal

Stud. mag. International Virksomhedskommunikation, Syddansk
Universitet

Medlem af forskningsgruppen TRILO



Camilla Jacobsen

Stud. mag. International Virksomhedskommunikation, Syddansk
Universitet

Medlem af forskningsgruppen TRILO

Misinformation og mistillid i sundhedsjunglen

- *Et aktionsforskningsprojekt mellem humanister og læger om postfaktuelle tendenser i sundhedsvæsenet*

Af Anna Sandal og Camilla Jacobsen

Abstract

When speaking of the post-factual society it is often in relation to politics, Donald Trump and fake news. This paper examines to which extent post-factual tendencies can be found outside the media and the political scene. They are also present in the established Danish healthcare system. Compared to existing research this paper stands out, approaching the issue with an organisational mindset in order to improve the praxis for the participants involved. The aim is to detect post-factual tendencies within the healthcare system and create practice-based and dialogic solutions to the challenges entailed by these social developments.

In partnership with Læger Formidler, a Danish volunteer association of doctors, the paper has been conducted through action research in order to create practical knowledge and findings. The application of action research contributes to a solution-oriented approach making it possible to identify ideal and realistic suggestions to solve post-factual challenges concerning mistrust and conflicting knowledge about health.

When studying post-factual tendencies Situational and Dialectical Scientific Theory (Dakwar et al. 2017) makes it possible to study the phenomena based on a differentiated and multi-faceted approach. Based on the assumption that theory and practice contribute with equally important knowledge, the theory embraces the complexity immanent in the issue of dynamic, sociological and cultural character. Additionally, critical theory is applied in order to study power structures, social practices and

opinions on authority lying within (Habermas et al. in Nielsen 2015; Sørensen 2010; Andersen & Bilfeldt 2010).

The analysis serves to generate contextual knowledge about the circumstances affecting both relations and dialogues between patients and doctors by detecting post-factual tendencies, and it is based on Theory of Dialectical Linguistics (Bang & Døør in Lindø 2013), Habermas' theory on communicative action (Habermas in Thyssen 2012) and Morgan's Organisational Metaphors (2006).

It becomes clear that patients question the authority of their doctor, and that the credibility of the doctor is measured upon many biased parameters. Expert knowledge is challenged by emotional messages appealing to the patients who want accessible information fitting to their existing narratives. Mistrust is not appointed the individual doctor, but mainly the healthcare system in general.

The paper concludes that post-factual tendencies are not impelled by only patient nor doctors, but instead they are the result of a development in society, which has been a long time coming but exacerbated by the internet and social media. Based on the findings of the analysis the paper presents two suggestions to practice-oriented action: a course based on Peter Senge's theory on the Five Disciplines of The Learning Organisation (1999) and Bloch-Poulsen's theory on ideals within dialogue (2006). Furthermore, a campaign aiming to promote the value of evidence-based knowledge is drafted. In this way the paper creates knowledge benefiting the healthcare system, and this manner of studying post-factual tendencies can be distributed to other areas of the society.

Introduktion

Ifølge World Health Organization (WHO) er sundhed “en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse” (WHO 2019a). Denne definition indikerer, at sundhed ikke alene er målet i sig selv, men det er også et middel til at opnå selvrealisering. På WHO’s liste over globale sundhedstrusler anno 2019 er desuden vaccineskepsis (WHO 2019b), hvilket ikke udgør en decideret sygdom, men det viser et skifte i beslutninger om sundhed og tillid til lægevidenskaben.

Oftest tænker vi på politik eller medier, når vi taler om det postfaktuelle samfund. Men gennem et studium af postfaktuelle tendenser i det etablerede sundhedsvæsen, står det klart, at synet på og tilliden til læger og evidensbaseret viden er under forandring.

Postfaktuelle patienter søger personlige fortællinger og erfaringer, som passer ind i deres virkelighed, hvilket gør, at sundhedsvæsenet kommer i konkurrence med uvidenskabelige kilder og alternative behandlingsformer. Den postfaktuelle patient vil desuden ikke blot involveres, men vil bestemme i relationen med lægen, og hvordan håndteres denne udvikling med udgangspunkt i en dialogisk tilgang, som imødekommer både læger og patienters behov?

Denne artikel viser, at postfaktuelle tendenser har bevæget sig ind i vores hverdagsliv. Mens vi førhen drog en parallel mellem viden og magt, fremstår det, at autoritet ikke længere er afgørende for hvilke råd om sundhed, vi vælger at lytte til. Derimod er vi tilbøjelige til at gå andetsteds hen, hvis ikke vi er enige med de råd, vi får hos lægen.

Råd om sundhed gælder liv eller død. Derfor betragter vi denne artikel som et relevant indspark i sundhedsdebatten, og vi håber, at den kan fungere som et opråb til læger, som i vores optik har brug for kommunikative værktøjer til at håndtere postfaktuelle patienter.

Det postfaktuelle samfund i et forskningsmæssigt perspektiv

Ud fra eksisterende forskning (Manjo 2008; Hendricks 2016 og 2017; Kruse 2017; Lyengaard og Massey 2019; Arede et al. 2018; Hansen & Thomsen 2017; Agergaard 2018) placerer denne artikel sig med et nyt og uudforsket perspektiv ved at fokusere på sundhedsvæsenet med udgangspunkt i de berørte aktører. Artiklen adskiller sig i øvrigt fra eksisterende forskning, idet vi tilgår tendenser i det postfaktuelle samfund med interesse for organisatoriske sammenhænge frem for at betragte fænomenerne i et politisk eller medieorienteret perspektiv. I forlængelse heraf vedrører sundhedsrelateret forskning i det postfaktuelle samfund primært vaccineskepsis, hvor artiklen adskiller sig ved at

undersøge, hvordan postfaktuelle tendenser påvirker dialogen mellem læge og patient samt tilliden til sundhedsvæsenet som organisation.

Begrebsafklaring

I artiklen er begrebet *viden* centralt, idet vi arbejder ud fra en tese om, at tilliden til evidensbaseret viden er under forandring. På baggrund af vores videnskabsteoretiske ståsted arbejder vi ud fra en antagelse om, at der ikke findes en rigtig og forkert opfattelse af viden. Når det er sagt, udarbejdes artiklen som et aktionsforskningsprojekt i samarbejde med læger, hvorfor vi i anvendelsen af begrebet viden i en sundheds- og sygdomsmæssig kontekst betragter det gennem deres positivistiske syn, som noget objektivt og evidensbaseret. Modsat har postfaktuelle patienter en socialkonstruktivistisk tilgang til viden, hvor denne opfattes som subjektiv og kontekstafhængig. Erfaringsbaseret viden vedrørende sundhed og sygdom som bl.a. deles gennem online fora, betragter vi som information og ikke faktisk viden. Samtidig er vi bevidste om, at der er flere opfattelser af viden, hvorfor mødet mellem patient og læge kan defineres som en forhandlingsarena med mange forskellige typer af viden på spil. *Alternativ behandling* fylder en del i opfattelsen af det moderne sundhedsvæsen, hvorfor det også indgår i denne artikel. Begrebet dækker over behandlingsformer udført af ikke-autoriserede sundhedspersoner eller behandlinger udført af autoriserede sundhedspersoner baseret på metoder, som hovedsageligt bruges uden for sundhedsvæsenet (Ekholm et al. 2017: 2). Alternativ behandling kan både anvendes som erstatning for konventionel behandling, forebygge sygdom, øge personligt velvære eller supplere anden behandling.

Forkortelsen *LF* bruges om vores samarbejdspartner Læger Formidler.

Afgrænsning

Vi har været begrænsede af en på forhånd defineret tidsperiode, som ikke har gjort det muligt at følge aktionsforskningens idealer til fulde. De tidsmæssige rammer har ikke tilladt, at artiklens resultater og handlemuligheder kan evalueres og modificeres i den grad, vi gerne ville, fordi vores forslag til udvikling tager lang tid at implementere og måle effekten af.

Vores multiperspektiviske, kritiske tilgang

Situationel Dialektisk Videnskabsteori (SDV) lægger op til at undersøge og forstå et givent fænomen ud fra en multiperspektivisk tilgang (Dakwar et al. 2017), og det er, hvad der kendetegner vores måde at skabe viden på i artiklen. Da projektet bygger på interdisciplinær forskning og opererer i et

mangefacetteret og kombineret fagfelt bestående af lægevidenskaben og humaniora, finder vi denne videnskabsteori særlig anvendelig.

SDV består af ni antagelser og er i både sin epistemologi og ontologi situationel og dialektisk, hvorfor den yderligere adskiller sig fra traditionelle videnskabsteorier. SDV er situationel, fordi valg vedrørende de enkelte antagelser og alle overvejelser er situationsafhængige. Det dialektiske element betegner, at antagelserne opererer med dialektiske modsætninger, og alle valg anskues som valg på et kontinuum med to yderpunkter og meget midt imellem (ibid.: 3-4). Hermed erkender SDV, at en måde at anskue et fænomen på samtidig er en måde ikke at betragte det på. Denne erkendelse gør det muligt at kombinere metoder og teorier fra forskellige traditioner, når det skaber nytte for den pågældende situation, hvilket ligger i forlængelse med SDV's niende antagelse: *Situationel dialektisk videnskabsteori er multiperspektivisk* (ibid.).

Da det postfaktuelle samfund er et komplekst fænomen, tilgår vi det gennem en multiperspektivisk tilgang, hvor vi anvender flere forskellige teoretiske perspektiver til at belyse det. Det samme gør sig gældende i vores analysemetode, hvor vi trækker på forskellige teorier med øje for, hvad der tjener undersøgelsen bedst, og hvordan disse beriger den på kvalificerende og nuancerede vis.

Ifølge SDV findes der ingen teorier, der i sig selv er fyldestgørende nok til at tegne et fuldstændigt billede. Alle teorier har sine begrænsninger i forhold til, hvad de lader os fokusere på, når vi bruger dem, og derfor opfordrer den multiperspektiviske tilgang til, at vi trækker på flere forskellige teorier med det formål både at betragte styrker og begrænsninger.

Idet projektet er baseret på aktionsforskning, anser vi teoretisk viden og erfaret viden som værende lige nyttige vidensperspektiver, der bidrager med noget forskelligt, hvor vi bevæger os på et kontinuum mellem teori og praksis. Gennem aktionsforskning definerer vi genstandsfeltet med og ikke for vores samarbejdspartner, hvor vi således anerkender LF som eksperter i egen kontekst, og hermed forankres projektet i SDV's første antagelse: *Teori og praksis fordrer hinanden*.

Undersøgelsen af postfaktuelle tendenser i sundhedsvæsenet udgør en afgrænset del af de postfaktuelle tendenser, vi ser i samfundet som helhed. Når vi vælger at fokusere på et afgrænset felt, er det essentielt, at vi er bevidste om, at det er på bekostning af, at vi ikke betragter konsekvenserne af det postfaktuelle samfund som helhed.

Når vi betragter et fænomen, har det stor betydning for fortolkningens resultater og perspektiver, hvorfra og hvor tæt på vi betragter det givne fænomen. Med andre ord er vores erkendelse situationelt

betinget, og den er afgjort af vores vinkel og zoom på fænomenet. Havde vi zoomet helt ind og f.eks. foretaget observationer i forbindelse med enkelte interaktioner mellem læger og patienter, havde vi utvivlsomt overset større sammenhænge. Havde vi omvendt betragtet problematikken helt fra oven uden fokus på en specifik målgruppe, havde dataindsamlingen været u håndgribelig. Det ville desuden blive vanskeligt at identificere mønstre, hvilket samtidig begrænser de potentielle handlemuligheder, vi udleder som en del af aktionsforskningsprojektet.

Herunder kommer det til udtryk, hvordan det er vigtigt at være bevidst om konsekvenserne for de til- og fravalg, der foretages (ibid.: 22). Kernen i den situationelle, dialektiske tilgang kredser om, at der altid vil være noget andet. Der findes ingen objektive sandheder, og studiet af et fænomen vil altid være determineret af forskerens erkendelsesinteresse og herunder valg truffet i forbindelse med rum og lokalitet.

Ifølge SDV giver det ikke mening at skelne mellem kendsgerninger og værdier som væsensforskellige jf. sjette antagelse: *Kendsgerninger og værdier er to alen af samme stykke* (ibid.: 26). Denne antagelse er relevant set i lyset af det postfaktuelle samfund og forankres yderligere i artiklen gennem SDV's standpunkt i debatten om fænomenet. Debatten om det postfaktuelle samfund og konsekvenserne heraf deler vandene mellem dem, der forholder sig henholdsvis positivt og kritisk til fænomenet. Nogle forskere hævder, at det postfaktuelle samfund betyder, at borgere drukner i en informationsoverflod, som gør det svært at navigere rundt i, hvad der fakta eller fup, mens andre mener, at tesen om det postfaktuelle ikke holder stik, da samfundet i højere grad end tidligere er optaget af fakta (ibid.: 27). Her tager SDV et tredje standpunkt og hævder, at postfakta og fakta som værdier og kendsgerninger udgør et kontinuum (ibid.). Hermed fremhæver SDV, at debatten i virkeligheden drejer sig om, hvilke værdier der skal favoriseres, idet det ofte er muligt at fremskaffe viden, der er baseret på forskellige opgørelsesmetoder alt afhængig af, hvad man ønsker at se (ibid.).

Kritisk teori

Mens SDV opererer med kontinua, er den kritiske teori særligt interesseret i at afdække magtforhold og undertrykkelse, som de forekommer i samfund og kultur. Kritiske teoretikere argumenterer for, at samfundssystemer og -strukturer bevirker ulige magtforhold og hindrer dannelse af moral og solidaritet (Sørensen 2010: 168). Med andre ord er åben, fri og demokratisk dialog vejen frem. Denne betragtning finder vi central og relevant i forhold til projektet, hvorfor SDV og kritisk teori indgår i samspil med hinanden.

Den kritiske teori skal ikke forstås som en metode i klassisk forstand, men derimod anvender vi den kritiske teori som et rum, hvori vi reflekterer over den anvendte teori og metode i samspil med analysen. Kritisk teori er i særdeleshed optaget af at anvende en teoretisk rammesætning, som kvalificerer undersøgelsens problemfelt og placerer det i et større kulturelt og samfundsmæssigt perspektiv (Nielsen 2015: 387).

Den kritiske teori og aktionsforskning har overordnet til fælles at identificere problemområder ved at skabe (kritisk) refleksion over kollektiv og individuel praksis (Andersen & Bilfeldt 2010: 6; Nielsen 2015: 374). Den kritiske teori har således ikke blot til formål at iagttage den sociale virkelighed, som den er, men derimod skal den også bidrage til at øge bevidsthed om, hvordan den bør være (Sørensen 2010: 168). En analyse med afsæt i kritisk teori kan således undersøge, hvordan den sociale virkelighed oprejses fri for sociale uretfærdigheder (ibid.). Dermed søger vi at skabe rum for udvikling, alternative muligheder og forandringsprocesser gennem et socialt og demokratisk samspil med de involverede aktører og en frigjort erkendelsesinteresse, hvilket vi også vil gøre, når vi i samarbejde med LF søger at forbedre den nuværende situation.

Den kritiske teori insisterer på at analysere samfund og kultur i et holistisk procesperspektiv, hvor en spændingsfyldt, dialektisk sammenhæng gør sig gældende mellem enkeltfænomen og helhed. Endvidere opfordres man gennem kritisk teori til at analysere gennem flere relevante teoretiske traditioner (Nielsen 2015: 386). Disse forhold forankres ligeledes i SDV, og i dette projekt analyseres og vurderes den indsamlede data ud fra en kritisk tilgang, hvori vi reflekterer over de involverede aktørers handlinger, magtforhold, kulturer og så fremdeles. I forlængelse heraf forstår vi, at disse processuelle relationer kontinuerligt konstituerer og er konstitueret af en samfundsmæssig helhed fyldt af modsætninger og den historiske kontekst, som ligger til grundlag herfor (ibid.: 374).

Teoretisk fundament

Det postfaktuelle samfund er et omdiskuteret emne, der deler vandene i forskningsverdenen, idet fænomenet af nogle betragtes som en realitet, mens andre anser det som værende et forsøg fra autoritære til at forklare en svindende legitimitet. Farhad Manjoo introducerede i 2008 begrebet om det postfaktuelle samfund i bogen *True Enough. Learning to Live in a Post-Fact Society*, og sidenhen har bl.a. Vincent Hendricks (2016; 2017) udmærket sig i dansk kontekst som en af de fremtrædende forskere, der har beskæftiget sig med det postfaktuelle samfund. Disse to eksperter udgør fundamentet for artiklens teoretiske ramme.

Det postfaktuelle samfund anvendes som et analyseværktøj til at afsøge ny viden om sundhedsvæsenets tilstand. I nedenstående opstiller vi de antagelser om det postfaktuelle samfund, som artiklen tager udgangspunkt i:

1. Samfundsudviklingen har skabt et nyt syn på myndigheder, hierarki og magt
2. Borgere er overbeviste om, at de selv er i stand til at sortere i viden
3. En manglende tillid til autoriteter og fakta betyder, at borgere selv vil bestemme
4. Den digitale udvikling har skabt nye muligheder for at producere, dele og sprede viden, misinformation og fake news
5. Som konsekvens heraf forvirres borgere i et virvar af informationer og viden.

Den metodiske ramme

Projektet, som artiklen bygger på, er et aktionsforskningsprojekt. Ligesom SDV søger aktionsforskning at favne bredt i sit forsøg på at skabe ny viden samt nye måder at anvende gammel viden på gennem forandring. I et aktivt samspil med vores samarbejdspartner LF inddrager vi således de mennesker, som forandringen berør. For at skabe nuanceret viden har vi løbende afholdt fire dialogmøder med LF. Her bidrog de med praksisnær viden fra den lægefaglige virkelighed, mens vi bidrog med en humanistisk og kommunikativ forståelse fra et ikke-lægefagligt perspektiv.

Aktionsforskning adskiller sig fra andre akademiske retninger, idet vi som forskere er tilladt at dele erkendelsesinteresse med vores samarbejdspartner. I andre akademiske retninger optræder forskeren som et suverænt subjekt i foreliggende erkendelse, mens praksisfeltet er karakteriseret ved at være underordnet det forskningsmæssige formål i forsøget på at skabe ny viden (Nielsen 2014: 20). Både vi og LF opfatter postfaktuelle tendenser som en udfordring for samfundet, mens vores øvrige erkendelsesinteresse er dialektisk, og således låser vi os ikke fast på en forudbestemt erkendelse.

Aktionsforskningen blev gennemført som tre faser, der danner ramme for forskningsdesignet:

Første fase: Kvantitativ dataindsamling

Undersøgelsen tog udgangspunkt i to spørgeskemaundersøgelser målrettet patientgruppen og læger. Disse blev besvaret af 804 patienter og 154 læger. Patientgruppen har vi afgrænset i overensstemmelse med LF's primære målgruppe. Denne udgør gravide og småbørnsforældre, og af det

indsamlede data samt analysens resultater fremgår det, at patientgruppen er særligt tilbøjelig til at være disponibel overfor postfaktuelle tendenser.

Den kvantitative data blev anvendt som fundament for det indledende dialogmøde.

Anden fase: Kvalitativ dataindsamling og analyse

Anden fase bestod af dialogmøder, der samtidig dannede grundlag for analysen.

Tredje fase: Handlemuligheder

Baseret på analysen udpeges handlemuligheder i sundhedsvæsenet, og artiklen opstiller to konkrete forslag til aktion, der er praksisnære og realiserbare. Efterfølgende evalueres potentialet og den videre proces.

Subjektivitet i aktionsforskning

Et af aktionsforskningens træk, der gør metoden til en omdiskuteret tilgang, er graden af subjektivitet, som er en integreret og legitim del af processen (Nielsen 2014: 20). Som vi har beskrevet, er vores rolle i samarbejdet ikke højerestående end LF's, og omvendt er vi i samme båd og anskuer postfaktuelle tendenser som problematiske.

Ved at inddrage både læger og patienter og deres respektive perspektiver på sundhedsproblematikken, ønsker vi at etablere et empirisk grundlag, som skaber en nuanceret forståelse af, hvordan udfordringerne opstår, og i forlængelse af vores anvendelse af dialogtraditionen inddrager vi forskellige deltageres interesser. I dialogen med LF er det uundgåeligt, at vores egne (humanistiske) overbevisninger vil blive udfordret, idet dialogen vil bære præg af, at vi ikke har den samme tilgang til og forståelse af verden.

Dog betragter vi dette som en berigelse, idet vi skaber nye perspektiver, hvilket også er en af aktionsforskningens styrker. Samtidig anser vi LF som kompetente på deres felt med højt kendskab til de udfordringer, der præger deres daglige arbejdsliv. Idet vi bringer vores subjektivitet ind i samspillet, får vi herigennem mulighed for at udvikle en viden om forandringsprocesser i praksis. Af den grund besidder subjektiviteten en stor kvalitet samtidig med, at den indebærer en risiko for at påvirke processen på måder, der både kan understøtte og afspore forandringsprocessen og forskningsprojektet som helhed (ibid.: 27).

Fordi forskersubjektivitet spiller en central rolle i aktionsforskning, giver det ikke mening at tale om validitet og reliabilitet, men i stedet er kravet om transparens essentielt (Alrø & Hansen 2017: 12).

Dette betyder, at vi er bevidste om vores rolle i forandrings- og udviklingsprocessen, og vi er som forskere forpligtet til at berettige vores subjektivitet og 'væren i verden' gennem et refleksivt forhold til både os selv, LF og forskningsfeltet (ibid.: 12-13).

Kontekstanalysen som metode

Med en induktiv tilgang tilgås analysen med afsæt i dataene for at undersøge sociale praksisser. Vi finder inspiration i Faircloughs begreb herom (2008), idet vi gennem en række delanalyser betragter de kontekstuelle forhold, der påvirker kommunikationsarenaen. Med afsæt i diskursanalysens begreb om, at der side om side eksisterer forskellige måder at forstå et fænomen på, ønsker vi at analysere vores data med et altomfavnende perspektiv, hvorfra vi belyser virkeligheden i de forskellige fællesskaber, som eksisterer i sundhedsvæsenet. Analysen af konteksten er et bærende fundament for de handlemuligheder, vi senere kan opstille, idet det er essentielt at forstå, hvad der gør sig gældende, hvad der ikke har betydning, og hvad der er på spil for aktørerne.

Inden for rammerne af SDV analyserer vi kommunikationsarenaen med en multiperspektivisk 'både/og'-tilgang. Ved hjælp af en række teoretikere skaber vi gennem en kontekstanalyse indblik i deltagernes fremstillinger af omverdenen og disses sociale konsekvenser.

Sundhedsjunglen som kommunikationsarena

Inden vi i følgende dykker ned i postfaktuelle tendenser, som gør sig gældende i sundhedsvæsenet, tager vi et tilbageblik på udviklingen. Jf. SDV's antagelse om at fortid, nutid og fremtid hænger sammen, er det væsentligt at studere, hvilke faktorer, der har dannet sundhedsvæsenet, som vi kender det i dag. Både en kulturel og teknologisk udvikling i samfundet har medført, at sundhedsvæsenet opererer på et andet grundlag end for bare få årtier siden, og en stigende kompleksitet vanskeliggør denne manøvrering.

For det første er normer for helbred forandrede, og sundhedsemner, der før var holdt inden for hjemmets fire vægge, drøftes nu gerne med venner og kollegaer eller deles på sociale medier (Donkin 2019: 28-29). Denne aftabuivering har medvirket til at gøre folk mere åbne om deres sundhedsmæssige tilstand, hvilket kan betragtes som en positiv udvikling, fordi det skaber mere kendskab til og bevidsthed om sygdomme.

Med 68-generationen har der ligeledes været et skred i tiltaleformer (Vestager & Jensen 2002), og de færreste er Des med deres læge, eller tiltaler denne som doktor, hvilket tidligere markerede lægens autoritet.

Socialkonstruktivister vil hævde, at denne sproglige udvikling er med til at skabe et bestemt socialt konstrueret virkelighedsbillede, som nedbryder lægens autoritære rolle. Dette verdensbillede forbedres ikke af, at (praktiserende) læger ikke længere bærer den traditionelle kittel, der også medvirker til at støtte op om denne rolle. Omvendt vil andre mene, at det skaber et ligeværdigt forhold at møde lægen i hverdagstøj. Men på den anden side: Er et ligeværdigt forhold efterstræbelsesværdigt?

Den nuværende kommunikationssituation er præget af, at der i mange læge-patient-relationer er en skepsis for lægens faglige vurdering, og omvendt er lægen frustreret over patientens manglende efterlevelse af det lægefaglige råd. Mens læger (heldigvis) arbejder ud fra et videnskabeligt ideal om sikkerhed, har lette løsninger kronede dage blandt patienter. Samfundsændringer betyder, at patienter søger hurtig information gennem lettilgængelige platforme, og ofte er en konsultation hos lægen for besværlig og tidskrævende.

I lægers optik er elefanten i (sundheds)rummet alternativ behandling, fordi dette fænomen giver patienter incitament til selv at tage styring over eget behandlingsforløb uden om lægens rådgivning og ekspertise (Donkin 2019: 17). På den ene side argumenterer læger for, at det er godt, at patienter udviser ansvar i forhold til eget helbred, men omvendt er mange læger kritiske over for alternative behandlingsformer, fordi disse ikke bygger på samme videnskabelige grundlag som lægevidenskab, hvorfor læger finder dem uvidenskabelige og risikofyldte.

Den nuværende situation er uholdbar, og derfor vil vi undersøge, hvad der ligger til grund for denne udvikling ved at analysere sociale praksisser i sundhedsvæsenet.

Dialektisk lingvistik

For at skabe indblik i læge-patient-dialogen inddrages der i kontekstanalysen teori fra en økologiske sprogvidenskab, og herunder anvendes dialektisk lingvistisk sprogteori, som er udviklet af Bang og Døør. Denne beskæftiger sig med, hvordan samfund organiseres, menneskers kommunikation, hvad der påvirker en samtale og vores fælles og individuelle forståelse (Lindø 2013). Dakwar et al. (2015) har videreudviklet den dialektiske lingvistik til et mere dynamisk format, der gør det muligt at identificere relevante modsætningsforhold i den givne kontekst. Herunder tager analysen afsæt i følgende modsætningsforhold: *Autoritet, Faderlige vs. moderlige værdier, Virkelighedsbillede, Alder, Køn, Ressourcestyrke og Privat/offentlig*, mens vi også inddrager tredje subjekter som patienters mavefølelser, personlige erfaringer, offentlige personer (influencere mv.) i sundhedsdebatten samt institutioners narrativer.

Gennem en analyse af det dialektiske forhold mellem aktørerne i dialogen klarlægges forskellige positioner, motiver og bevæggrunde, og konklusionen er her, at patient-læge-dialogen er forandret, og lægen ikke længere har den samme magtfulde position i dialogen.

Hvor man førhen havde en anden form for respekt, når det gjaldt autoriteter, er det ikke længere givet, at autoriteter ligger inde med det rigtige svar. Patienter søger i stedet svar baseret på deres følelser, og samtidig er dialogen præget af, at patienter vil tage styringen over deres behandlingsforløb, hvorfor de placerer sig i en magtfuld position, hvilket skaber grobund for mistillid til lægen. Endelig påvirker mange faktorer dialogen mellem læge og patient. Det gælder bl.a. patientens mavefølelse, medieomtale og et stigende antal af sundhedskilder.

Kommunikativ handlen i sundhedsvæsenet

Habermas opstiller teori om den kommunikative handlen, og i forlængelse heraf mener han, at vi skal gøre, hvad vi kan for at nærme os dennes idealer (Habermas 1987: 51). I forlængelse heraf taler han om, at den kommunikative handlen skal frisættes traditionsbundne begrænsninger, men han forudsætter også, at deltagerne er velreflekterede og vant til at debattere sagligt, og den borgerlige offentlighed først eksisterer, når deltagerne er i stand til at reflektere over samfundets problemer i fællesskab (Habermas 2009).

Derfor anvendes teorien til at studere den kommunikative handlen mellem læge og patient. Gennem inddragelse af denne teori skabes indsigt i de strukturer, der er konstituerende for læge-patient-dialogen, hvor der herigennem zoomes ind på de regler og konventioner, som er determinerende for samtalen.

Habermas' begreb om kommunikativ handlen og syn på kultur viser, at dialogen mellem læge og patient er udfordret, idet patienter ikke har samme syn på magt og autoritet. Dette påvirker tilliden til lægen, og lægens troværdighed måles på langt flere parametre. Denne kompleksitet motiveres yderligere af, at lægen skal konkurrere med andre behandlingsformer, som appellerer til patienters følelser, hvorfra der kan drages en parallel til teorien om det postfaktuelle samfund. Sundhedsvæsenet har ikke monopol på viden, hvilket tidligere blev taget for givet. En analyse af den kommunikative handlen inden for alternativ behandling viser, at man her formår at skabe en mere tiltalende kommunikationssituation, fordi retorikken bygger på nogle parametre, som den postfaktuelle patient bedre kan forholde sig til.

Hvis sundhedsvæsenet skal tilbagevinde tillid, kræver det, at de har viden om den nyeste forskning - både konventionel og alternativ - for at være velargumenteret og tillidsvækkende i dialogen med patienten. Det forudsætter også, at lægen har tid og evner til at formidle denne viden.

Morgans metafor-teori

Gareth Morgan (2006) opstiller en række organisatoriske metaforer, som han betegner som måder at anskue virkeligheden på. En metafor bidrager således med en given måde at se verden på, såvel som en måde ikke at se verden på. Morgans metafor-teori er ideel til at skabe forskellige indsigter og forståelser af fænomenet, og således bidrager metaforerne med nye måder at læse og forstå kommunikationsarenaen på.

Organisationer som dominans inddrages i kraft af vores syn på magtforhold og autoriteter. I ethvert fællesskab vil altid indgå intern og ekstern dominans. Lægens naturlige dominans er over tid erstattet af patienters voksende dominans, hvilket kommer til udtryk ved, at patienter tager styring over forløbet.

Max Weber laver en kobling mellem magt og autoritet. Morgan lader sig inspirere af Webers autoritetsformer, som han betegner som typer af social dominans (Morgan 2006: 305). I deres oprindelige form navngives de *traditionel autoritet*, *rationelt-legal autoritet* og *karismatisk autoritet*.

I lægevidenskaben anerkendes videnskab som en form for epistemologisk autoritet, der legitimerer beslutninger baseret på det, der er videnskabeligt rationelt. Herfra kan lægers autoritet fra deres eget synspunkt betragtes som rationelt-legalt. Læger vil basere deres rådgivning og behandling på det, der har evidens for at virke, og for dem er det således deres videnskabelige baggrund, der understøtter deres autoritet som læge.

Selvom den rationelt-legale autoritet udgør idealet, har der tidligere hersket en anerkendelse af lægen som en uimodsigelig og respektindgydende autoritet, der havde svaret på alle sundhedsrelaterede problemer. Således argumenterer vi for, at den herskende autoritetsform i læge-patient-relationen tidligere udgjorde en traditionel autoritet.

Patienter, der føler frustration og afmagt, hvis sundhedsvæsenet ikke kan give det svar eller den hjælp, de ønsker, søger andre steder hen, hvor selvvalgt viden, der passer ind i patienters eget verdensbillede, gør sig gældende. Eksempelvis kan det være svært for forældre at acceptere, hvis deres barn fejler noget, som sundhedsvæsenet ikke kan helbrede eller lindre, hvilket kolik er et eksempel på. Når lægen

ikke har et svar, ændres synet på dennes autoritet, og der dannes grobund for mistillid, og selektiv patientadfærd skaber en udfordring for læger.

Den øgede interesse for alternativ behandling belyser tilsvarende, hvordan karismatisk autoritet i dag har en central rolle i sundhedsvæsenet. Som vi konkluderede i henhold til kommunikativ handlen indenfor alternativ behandling, kan alternativ behandling virke farverig sammenlignet med den stringente og firkantede facon, der kendetegner lægevidenskaben. I forlængelse heraf beskriver Donkin, hvordan alternative behandlere kan skabe nogle andre og bedre rammer for dialogen mellem behandler og patient sammenlignet med sundhedsvæsenet, fordi den alternative behandler har mulighed for at tage sig god tid, give patienten nærvær og en følelse af at blive hørt og taget alvorlig (Donkin 2019: 145). Donkins argument bygger på, at læger ikke har tid til at tage sig tilstrækkeligt af patienter på grund af tidspres. I analysen af den kommunikative handlen fandt vi, at lægens evne til at kommunikere med patienten og at tage denne alvorlig er det, der har størst indflydelse på patienters vurdering af lægens troværdighed. På baggrund heraf ser vi ikke en umiddelbar sammenhæng mellem tid og evne til at kommunikere, hvorfor læger bør være i stand til at lytte og tage patienter alvorligt uanset, hvor travlt de har.

Dette viser os, at der har været et skifte i den sociale dominans, der præger kommunikationsarenaen. Mens læger tidligere har besiddet traditionsbunden dominans, som var traditionspræget, vil de hellere besidde autoritet i form af rationel-legal dominans, hvor viden er drivende. Ingen af delene er tilfældet, og i stedet er det den karismatiske dominans, som styrer, hvorvidt lægen besidder autoritet. Som det fremgår, er det ikke lægers frie valg, men derimod er det patienters ændrede handlinger, der har forårsaget til denne udvikling.

Gennem metaforen *Organisationer som Psykiske fængsler* stiller Morgan skarpt på, at organisationer er skabt og opretholdt af bevidste og ubevidste processer (Morgan 2006: 207). Betragter vi fællesskaber som organisationer, kan den faldende tillid til sundhedsvæsenet kædes sammen med en forståelse om, at vi fastholdes af billeder, ideer, tanker og handlinger, som skabes af processer. Metaforen fremmer forståelsen af, at mens virkeligheden muligvis er socialt konstrueret, så formår disse konstruktioner eller virkelighedsopfattelser at skabe en magt, som kontrollerer de, der har skabt dem (ibid.).

I forlængelse heraf introducerer Morgan begrebet *blinde pletter*. I spørgeskemaet til læger blev der bl.a. spurgt ind til deres evner til at kommunikere, og hvorvidt de synes, at det ville være en god ide at modtage undervisning i kommunikation. Her uddybede flere respondenter, at de er mere end

rigeligt uddannet i kommunikation, og vi bemærker, at spørgsmålet af nogle opfattes som en fornærmelse af deres kompetencer, idet deres ytringer udtrykker en form for krænkelse. Dog viste spørgeskemaet at størstedelen syntes, at det var en god idé med mere kommunikation på medicinstudiet.

Lægers blinde pletter er således, at de har svært ved at erkende, at problematikken også påvirkes af faktorer hos dem selv. Omvendt har patienter også blinde pletter, når de f.eks. insisterer på, at de har en bestemt diagnose på baggrund af symptomsøgninger på internettet, og det bliver lægens opgave at modbevise denne selvdiagnosticering.

Metaforen sætter også fokus på gruppetænkning, som er medvirkende til, at medlemmer af et givent fællesskab tænker og handler i selvforstærkende cirkler. Dette kan bidrage til, at individer og grupper danner ubevidste blokader mod bestemte udefrakommende forhold (Morgan 2006: 211).

Nogle patienter mistænker læger for at agere ud fra økonomiske motiver, og det er sådanne konspirationsteorier, der bl.a. samler polariserede grupper på internettet. Blokaderne drejer sig også om lægers manglende sans for udviklingen i omverdenen. Patienter er i stigende grad blevet mere stædige i deres insistens på at have ret, hvorfor læger bør være opmærksom på de nye krav, der stilles til deres kommunikation.

Organisationer som Kulturer formår modsat de øvrige metaforer at betragte de værdier, antagelser og livsopfattelser, som ligger til grund for handlinger og valg.

Morgan pointerer, at det er vanskeligt at bedømme en kultur, hvis ikke man selv er en del af den (Morgan 2006: 121). De værdier, antagelser og livsopfattelser, som gør sig gældende hos patienter, der er tilhængere af alternativ behandling, er langt fra lig lægers. Derfor må lægen tilsidesætte sine egne kulturelle overbevisninger for at nå ind til patienten og skabe en tillidsfuld relation. Her nytter det ikke at fordømme patientens kulturelle overbevisninger i forsøget på at overbevise om egne, da dette blot vil skabe en større kløft mellem kulturer. Omvendt bør stædige patienter også være villige til at tilsidesætte egne overbevisninger og lytte til lægen til trods for kulturelle forskelle.

I betragtningen af kulturer indgår også symbolske betydninger. Eksemplet med tiltaleformer, som tidligere nævnt, illustrerer, hvordan denne forandring er med til at ligestille læge og patient. Et andet artefakt, der har stor symbolsk betydning, er lægens påklædning. Påklædning kan være et effektivt redskab til at opnå autoritet, fordi dette redskab adskiller det professionelle menneske fra det private, og det er med til at skabe troværdighed og tryghed samt udvise faglighed (Djøfbladet 2012). Mange praktiserende læger vælger at møde patienten i deres eget hverdagstøj, hvilket kan udligne hierarkiet og mindske lægens autoritet.

Kulturmetaforen formår ikke at have udsyn til omverdenen, og den er begrænset til kun at udforske, hvordan kultur sker internt gennem sociale sammenhænge. Morgan argumenterer for, at kulturer ikke kan påføres udefra (Morgan 2006), og betragter det ligesom Luhmann som et lukket system, hvilket vi dog ikke mener er tilfældet her. Eksempelvis medier, udefrakommende fortællinger og pårørende påvirker i stor stil, hvordan enkelte kulturer opfatter sundhedsvæsenet, behandlingsformer, autoriteter mv. Men selvom vi argumenterer for, at kulturer kan påføres udefra, er fællesskaber også med til skabe egne omgivelser. Værdier og antagelser vil stå alene, og disse er sværere og mere tidskrævende at ændre, hvilket er, hvad vi oplever nu med de aktuelle problemstillinger i sundhedsvæsenet.

Fremkomsten af postfaktuelle tendenser i kommunikationsarenaen

Baseret på analysen kan vi konkludere, at det især er autoritet og tillid, der er under forandring i sundhedsvæsenet. Patienter betvivler lægers autoritære rolle, og læger skal udmærke sig for at gøre sig fortjente til patienters tillid modsat tidligere, hvor det hørte med lægetitlen. I takt med at vi taler om vores sundhed med flere uden for vores private sfære, tror vi, at vi har forstand på det. Den lægefaglige vurdering betragtes som en mulig sandhed i konkurrence med andre sandheder.

Interessen for konkurrerende sandheder kan også bero på, at sundhedsidealet er under forandring. Alternative behandlingsformer udvikler sig i en form, der tiltaler patienter, som i stigende grad søger svar, der bygger på narrativer, de kan forene sig med, modsat lægevidenskaben, der bevæger sig i en retning, som er stadig mere videnskabelig og kompleks og dermed ufremkommelig i nogle patienters optik. Dette skifte indikerer, at tillid og autoritet fremtræder, når individet med sine individualistiske holdninger og meninger kan forene sig med det ytre.

Fairclough identificerer træk i moderne diskursive praksisser, og med inspiration i Giddens betegner han nutidens samfund som posttraditionelt: "Det betyder, at traditionerne nu må retfærdiggøres over for alternative muligheder i stedet for at blive taget for givet" (Giddens 1991 i Fairclough 2008: 157). Relationer, som tidligere har været præget af selvskreven autoritet, er sjældnere, og i stedet forhandles relationer og identiteter i stigende grad gennem dialog. Samtidig er præmisserne på sociale medier anderledes end traditionelle medier, og konkurrencen om brugernes opmærksomhed betyder, at retorikken ikke er saglig. Disse konsekvenser betyder, at vi bør besidde gode dialogiske evner for at forhandle, og samtidig skal vi konstant tilvænne os nye kommunikationsformer.

Det danske samfund er ude fra karakteriseret ved at være et tillidssamfund. Det høje niveau af tillid har stor værdi for samfundet, og det skaber en kultur, som er præget af trykthed, trivsel og troværdige

relationer sammenlignet med mange andre lande. Men ligesom lægens autoritet har ændret sig, har patientens tillid til lægen også ændret sig.

I lyset af vores situationelle, dialektiske tilgang inddrages Thyssens arbejde med værdier. Ligesom Smedegaard (2018; 2019) mener han, at alle har forskellige værdier, interesser, krav og forventninger i kommunikationen, hvilket i høj grad kan ses i betragtningen af behandlingsformer i Danmark. Thyssen taler om intuitiv og reflektiv kultur, hvoraf førstnævnte er, hvad vi har bevæget os væk fra. I den intuitive kultur er sandheden givet og kan ikke anfægtes, mens den reflektive kultur er kendetegnet ved at sætte alting til debat og tage stilling til alting (Thyssen 1994: 92-94). Dette skaber en øget individualitet, mere universalitet og refleksivitet, hvor subkulturer iagttager hinanden for at blive mere bevidste om sig selv. Et eksempel på dette skift er vores tilbøjelighed til at skifte læge. Mens man tidligere havde en fast læge, vælger mange i dag at skifte læge, hvis ikke de er enige med lægens råd. Ifølge vores analyse skyldes det, at lægen vurderes på langt flere og ikke-faglige parametre. Det kræver omstilling blandt læger at tilpasse sig denne nye kultur, og det kræver en stor opmærksomhed rettet mod kommunikationen, som skal tage højde for, at patienter vil have hurtig og simpel viden.

Forandringen i sundhedsvæsenet omfatter, at forskelle mellem læge og patient langsomt udlignes. Konsekvenserne heraf er først sent gået op for sundhedsvæsenet, og LF peger på, at der i dialogen mellem læge og patient er nødt til at være en form for hierarki. Den reflektive kulturs individualitet betragtes af læger som positiv, når det gælder patienters evne til selv at tage ansvar for viden om sundhed, men som destruktiv, når patienter føler sig i stand til at træffe sundhedsrelaterede beslutninger, som de ifølge lægen ikke er.

Sundhedsvæsenets proaktive reaktion kan kritiseres, men hvad nytter det? I stedet er det nødvendigt at forstå, hvad der forårsager udviklingen for at tilpasse sig. Der er ikke tale om et skyldsspørgsmål, og det kan ikke entydigt placeres, hvem der har skylden for situationen, som den er i dag. Mange og ikke-menneskelige faktorer er skyld i, at tingene har ændret sig, og at kommunikationsarenaen ser ud, som den gør.

Læger står ikke alene til ansvar for postfaktuelle tendenser i sundhedsvæsenet. Det skyldes i høj grad generelle kulturelle og teknologiske samfundsudviklinger, men det er endog deres opgave som fagfolk at forbedre denne kommunikationssituation.

Handlemuligheder

Analysen viser, at følgende postfaktuelle tendenser gør sig gældende i sundhedsvæsenet:

- *Mistillid til ekspertviden*

Lægen har mistet sin status som den hvide Gud, der har svaret på alle sundhedsrelaterede problemer. Legitimitet er ikke længere en selvfølge, og lægens troværdighed måles på flere parametre i forsøget på at overbevise patienter om sandhedsværdien i lægevidenskaben.

- *Fakta udkonkurreres af følelser*

Patienter vægter evidensbaseret viden på lige fod med eller under følelser og personlige holdninger. I stedet er mavefornemmelse et centralt kriterium i vurderingen af sundhedsviden, og hvorvidt denne er legitim.

- *Polarisering skaber pluralistisk ignorance*

Patienter forenes i fællesskaber med andre, der deler samme holdning som dem selv vedrørende f.eks. behandlingsformer, skepsis osv. Disse fællesskaber fordrer en internt universel kultur, hvor pluralistisk ignorance opstår.

- *Selektiv eksponering*

Når patienter møder modstand i sundhedsvæsenet, søger de mod f.eks. mod alternative kilder og behandlingsmetoder, der understøtter deres eksisterende narrativer.

Disse postfaktuelle tendenser er en realitet, som sundhedsvæsenet må forholde sig til for at skabe en konstruktiv og tillidsskabende kommunikation i dialogen mellem læge og patient. Dog er det centralt at pointere, at det ikke er muligt at placere ansvaret for de postfaktuelle tendenser i sundhedsvæsenet hos enten læger eller patienter, da de står i et dialektisk forhold til hinanden, hvor de gennem en gensidig påvirkning frembringer postfaktuelle tendenser.

Derfor vil denne artikel præsentere nogle konkrete handlemuligheder, der tager højde for begge grupper, og således løses udfordringerne med udgangspunkt i en dialogisk tilgang. Som et led i aktionsforskningsprojektet er handlemulighederne udarbejdet af os, hvor vi løbende har modtaget feedback af LF samt i fællesskab evalueret på udviklingspotentialer i handlemulighederne for at kvalificere forslagene.

Komplekse samfundsudfordringer kræver komplekse løsninger

Vores forslag til handlemuligheder kan ikke stå alene, hvis udfordringerne i sundhedsvæsenet skal løses på langt sigt. En stigende kompleksitet overalt i samfundet bevirker, at løsningerne ikke kan

være simple. Der er en udbredt interesse for sundhed blandt danskerne, men som analysen viser os, efterspørger patienter enkle og simple her-og-nu-løsninger, som tiltaler dem gennem en stærk patos-appel og med stærkt fokus på det sensationelle fremfor det faktuelle. Endvidere foregår sundhedsformidling ikke længere på fageksperters præmisser, men derimod er det medier, der sætter dagsordenen gennem nyheder om enkelte sager, der skaber opsigtsvækkende overskrifter (Donkin 2019: 26). Og når først skaden er sket, er det svært at modbevise en usand historie. I forlængelse af HPV-sagen og tilføjelsen af vaccineskepsis til WHO's liste over trusler mod den globale sundhed viser det, at det kan få store konsekvenser, når sundhedsformidling fejlfortolkes.

Ifølge Donkin er kritisk, debatterende og perspektiverende journalistik en mangelvare inden for sundhedsformidling, og samtidig argumenterer hun for, at forskningskommunikation er mere fokuseret på forskerens præstationer frem for egentligt at oplyse læseren (ibid.: 25-28). Som universitetsstuderende er vi af den overbevisning, at videnskaben skal guide os. Af den grund bør der være en større opmærksomhed rettet mod at kommunikere viden om sundhedsforskning på en mere modtagerorienteret facon, som kan konkurrere med den misinformation og de anekdoter, som stjæler opmærksomheden fra evidensbaseret viden.

Danskerne skal ikke tro på alt, hvad de læser, og i stedet bør de tilgå viden og information med en større kildekritik for at minimere spredningen af fake news og misinformation. På den ene side er det naturligvis positivt, at sundhedsstof er blevet let tilgængeligt, men omvendt er det en ulempe, at mange usande historier flourer på internettet. Den store mængde viden, der er tilgængelig på internettet, er vanskelig at navigere i, og vi får (postfaktuel) tendens til at lægge særlig vægt på information, som bekræfter, hvad vi allerede ved eller tror, at vi ved.

Udover medierne er den stigende interesse for alternativ behandling med til at udfordre det etablerede sundhedsvæsen. Der er konfliktende meninger om, hvorvidt alternative behandlingsformer skal integreres i det etablerede sundhedsvæsen. Som det fremgår af flere undersøgelser (Mandag Morgen & Trygfonden 2016; Ekholm et al. 2017) ønsker patienter i stigende grad at modtage alternativ behandling. Halvdelen af danskerne mener, at alternativ behandling er lige så effektiv som konventionel behandling (Mandag Morgen & Trygfonden 2016: 59), mens 61 % mener, at læger bør kunne henvise patienter til alternativ behandling på lige fod med konventionelle behandlingsformer (Ekholm et al. 2017).

Især læger er modstandere af dette, da de mener, at der er en væsentlig årsag til, at det kaldes alternativ behandling. Det er alternativer til evidensbaserede behandlingsformer, og hele lægevidenskaben bygger på evidensbaseret viden, hvor der ikke er tradition for at behandle på baggrund af formodninger.

Trods lægers modstand over for alternativ behandling er deres viden herom afgørende for at kunne indgå i en dialog med patienten om alternativ behandling og eventuelle argumenter imod. Hvis læger er tydeligt kritiske, kan det resultere i, at patienter blot bliver mere alternative.

Skal patienters interesse for alternativ behandling imødekommes, vil det være en fordel at revidere lovgivningen for alternative behandlere, og autorisationslovgivningen kan strammes til fordel for patientsikkerhed. Eksempelvis bør det ikke være tilladt for alternative behandlere at behandle svært syge, og der bør samtidig være journalpligt, da der kan opstå komplikationer, når patienter modtager både konventionelle og alternative behandlingsformer (ibid.). Donkin peger desuden på, at der bør øges tilsyn i forhold til markedsføring af alternativ behandling, som oftest er misvisende og overdrevet (Donkin 2019: 186). Generelt bør man overveje, hvordan sundhedsviden kommunikeres, idet der ofte er tale om en desperat og sårbar målgruppe, som er modtagelig over for manipulation.

Kommunikationen indbefatter også lægens fremtoning. Herunder har vi behandlet kitlen som et kulturelt artefakt, der kan være med til at indikere forskellen på læge og patient. Vores forslag er, at praktiserende læger trækker i kitlen igen, idet den signalerer det naturlige og faglige hierarki, der bør være til stede i kommunikationssituationen. Kitlen udviser faglighed, som kan medvirke til at skabe tryghed og mindske mistillid.

På et politisk niveau vil prioriteringen af flere økonomiske midler gavne sundhedsvæsenet til fordel for alle. Med flere ressourcer og således flere læger vil der være mere tid i mødet med patienter, og ved at give patienter mere opmærksomhed undgår man, at de søger andetsteds hen, når de opsøger viden om sundhed. For der er ingen tvivl om, at alternative behandlere har masser tid til deres patienter. Flere ressourcer vil samtidig gøre det muligt for læger og sundhedsforskere at have mere tid til at formidle sundhedsviden i et format, som kan udkonkurrere de amatører, der præger scenen. Desuden har der de seneste år været stor debat om Sundhedsplatformen, som en stor andel af personalet i sundhedsvæsenet mener er en tidsrøver, og mange taler om, at dokumentation har taget overhånd (Donkin 2019: 124).

Modsat mange andre lande har Danmark regler for tilknytningen mellem myndigheder, læger og medicinalindustrien, men der er endnu ikke lovgivning om uafhængighed (ibid.: 130-131), hvilket kan medvirke til at fastholde eller øge mistillid til sundhedsvæsenet.

Herudover er der udbredte holdninger om, at læger og myndigheder har fejlet gennem envejskommunikation (ibid.: 15). Derfor bør man også tænke i nye kommunikationsformer for at imødekomme patienters ændrede behov. Som det fremgik af analysen, finder patienter det besværligt og

tidskrævende at konsultere lægen, hvilket også kan bevirke, at de søger viden andre steder. Ved at integrere online kommunikationsformer, der tillader både billede og lyd i dialogen mellem læge og patient, kan kommunikationen moderniseres og effektiviseres.

Endelig er interne konflikter i sundhedsvæsenet med til at øge mistillid, og danskerne vægter "mere samarbejde mellem sygehuse, praktiserende læger og kommuner" højest, når det kommer til potentielle mærkesager i sundhedsvæsenet (Trygfonden & Mandag Morgen 2016: 26). Dette viser, at man bør arbejde med at øge tværfagligt samarbejde og skabe bedre forståelse for sundhedspersonalet på tværs af afdelinger.

Således kræver det altså forskellige indgreb at løse udfordringerne i og omkring sundhedsvæsenet på langt sigt. Samtidig kræver det også, at de forskellige deltagere og aktører, som er på spil i kommunikationsarenaen, tager affære. I det følgende præsenterer vi konkrete forslag til aktion, vi som kommunikationsfaglige aktionsforskere kan bidrage med i problemløsningen, hvor vi med udgangspunkt i vores videnskabsteoretiske ståsted bygger bro mellem den positivistiske og socialkonstruktivistiske tilgang i forståelsen af viden.

Aktion 1: Mødet med den postfaktuelle patient

Dialogen mellem læge og patient kan optimeres med afsæt i analysens fund, og vi foreslår, at læger tilbydes et kursus, der forbereder dem til mødet med den postfaktuelle patient med særligt fokus på værdier og kvaliteter i dialogen. Dette skal medvirke til at øge lægers troværdighed og forebygge mistillid i forlængelse af den moderne forståelse af autoritet.

Den påviste samfundsudvikling kræver tilpasning, og her er det ikke konstruktivt at påpege, at læger har ageret reaktivt frem for proaktivt. Derfor vil vi lægge vægt på, at vores forslag til handling ikke fremstår som kritik af lægers kommunikative evner, men de skal derimod være udviklingsorienterede med fokus på at skabe bedre forudsætninger for kommunikationen.

I forlængelse af Thyssens begreber om intuitiv og reflektiv kultur arbejder han med, at vi alle har forskellige værdier, som kan *clash* mod hinanden (Thyssen 1994: 87). Dette kræver løsninger og kompromiser, som kan indfange de eksisterende interesser og udviklinger i samfundet. Et eksempel på et *clash* mellem værdier er, når læger lægger vægt på faktisk viden og videnskabelige undersøgelser, mens patienter har stort fokus på personlige erfaringer og narrativer, de kan spejle sig i. Kompromiset er ikke, at lægen skal basere erfaringer på uvidenskabelige kilder, men i stedet kan løsningen findes i måden hvorpå, der kommunikeres med patienten. I kommunikationskurset vil vi derfor

komme med dialogiske værktøjer til, hvordan den enkelte læge kan tilpasse til kommunikation til den postfaktuelle patient.

Vores analyse viser, at patienter aktivt søger viden om deres tilstand, og de ønsker at blive inddraget i behandlingsforløbet. Lægens ord er ikke lov. Derimod betragtes det som en mulighed blandt flere. Den autoritære læge vinder ikke længere indpas, og i stedet skal dialogen mellem læge og patient være baseret på ligestilling. På baggrund af på teori fra Peter Senges ideal om den lærende organisation og tilhørende fem discipliner (1999), som har haft stor indflydelse på praksisorienteret organisationsteori, samt Bloch-Poulsens dialogteori (2006), udarbejder vi konkrete forslag til indhold på kommunikationskurset.

Indhold på kommunikationskurset

På sigt ville det være ideelt, hvis kommunikationskurset blev et branchekrav blandt lægeuddannede. Her inddrager vi tankegangen fra pædagogikum. Således er ambitionen, at kurset bliver obligatorisk, hvor det først er muligt for den nyuddannede læge at have patienter på egen hånd, når kurset er gennemført.

Kurset er målrettet alle typer af læger, da vi mener, at dette kan bidrage til at skabe bedre forståelse for hinandens udfordringer og respekt for hinandens arbejdsområder på tværs af sundhedsvæsenet som organisation. Derfor er det også ønskværdigt, at der for hvert kursus er læger med forskellige specialer. Antallet af deltagere fastsættes til omkring 30, da det giver mulighed for en stor erfaringsudveksling, men samtidig er det ikke for mange i forsøget på at skabe dialog, hvor alle bliver hørt. Kurset består af fire undervisningsgange fordelt over fire uger med én ugentlig kursusdag, således at deltagerne har tid til at reflektere over indholdet og det lærte mellem kursusdagene. Under kursets refleksionsøvelser og casearbejde inddeles deltagerne i grupper på 4-6 personer, hvor det er underviserne, der står for opdelingen, så grupperne blandes for at skabe størst mulig faglig diversitet og således flest mulige perspektiver under øvelserne.

I forlængelse af vores videnskabsteoretiske ståsted vægter vi teori og praksis lige tungt, hvorfor vi fokuserer på at skabe lige dele af vidensdeling funderet i kommunikationsteori samt aktiverende læringsredskaber, der giver lægerne anledning til at anvende disse øvelser i praksis, så det forbereder dem på mødet med den postfaktuelle patient.

I nedenstående præsenterer vi en model, der er et bud på, hvordan indholdet og udformningen konkret kan tage sig ud.

	Agenda	Aktiviteter
Dag 1	<p>Introduktion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kursets formål - Sådan betragter vi dialog - Præsentationsrunde: Navn, stilling, afdeling, sygehus eller lægepraksis - Forventningsafstemning: Hvad er dine forventninger til kurset? <p>Fælles visioner</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleksionsøvelse 1 - Dialogsession: Opsamling i plenum <p>Fælles udfordringer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleksionsøvelse 2 - Dialogsession: Opsamling i plenum 	<p>Refleksionsøvelse 1</p> <p>Med udgangspunkt i spørgsmålene <i>hvad, hvorfor og hvordan</i> drøftes personlige og fælles visioner for læge-patient-relationen</p> <p>Fælles dialog om visioner</p> <p>Refleksionsøvelse 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilke udfordringer oplever du i mødet patienter? - Er der en bestemt patientgruppe, som du finder særligt udfordrende? - Hvordan tackler du disse udfordringer? - Taler du med nogen om det? Hvem? - Hvilke udfordringer har I til fælles? <p><i>Til øvelsen bedes hver enkelt deltager skrive én central udfordring ned på et papir, som gives til underviseren, når dagen er omme.</i></p> <p>Fælles dialog om udfordringer</p>
Dag 2	<p>Mentale modeller</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oplæg om subjektivitet, forforståelser og mentale modeller - Dialogsession: Udfordringerne fra dag 1 drøftes <p>Forforståelser i praksis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleksionsøvelse 3 - Refleksionsøvelse 4 	<p>Fælles dialog om udfordringer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Går nogle af udfordringerne igen? - Er udfordringerne baseret på generaliseringer og forforståelser? Hvilke? <p>Refleksionsøvelse 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilke forforståelser tror du, at patienter har om læger?

	<p>- Dialogsession: Opsamling i plenum</p>	<p>- Hvilke forforståelse eksisterer tværfagligt i sundhedsvæsenet?</p> <p>- Kan du gøre noget for at bryde med disse forforståelser?</p> <p>Fælles dialog om forforståelser</p> <p>- Hvilke generaliseringer er de typiske i patient-læge-dialogen?</p> <p>- Hvilken indvirkning kan forforståelser have på læge-patient-dialogen?</p> <p>Casearbejde</p> <p>Gruppe 1-3 får tildelt case 1, mens gruppe 3-6 får tildelt case 2. Grupperne læser casen og reflekterer over følgende spørgsmål:</p> <p>- Hvilke forforståelser og generaliseringer ser du i casen?</p> <p>- Hvilke problemer opstår der?</p> <p>- Hvordan kan problemerne undgås?</p> <p>Fælles dialog om case 1 og 2</p>
<p>Dag 3</p>	<p>Dialog i praksis</p> <p>- Refleksionsøvelse 5</p> <p>- Dialogsession: Opsamling i plenum</p> <p>Hvad er god dialog?</p> <p>- Oplæg om dialogteori: <i>Share, dare</i> og <i>care</i></p> <p>- Refleksionsøvelse 6</p>	<p>Refleksionsøvelse 5</p> <p>- Hvad betragter du som god dialog?</p> <p>- Er samtaler med patienter dialog? Hvem styrer samtalen?</p> <p>Fælles dialog om dialogforståelse</p> <p>Refleksionsøvelse 6</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogsession: Opsamling i plenum 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvad kan du lære af dialogteorien? - Hvordan kan du integrere <i>share, dare</i> og <i>care</i> i din hverdag som læge? <p>Fælles dialog om forudsætningerne for den gode dialog</p>
Dag 4	<p>Oplæg om systemtænkning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleksionsøvelse 7 - Dialogsession: Opsamling i plenum <p>Den gode dialog</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleksionsøvelse 8 - Dialogsession: Hvordan implementeres den gode dialog? <p>Afslutning og tak for denne gang</p>	<p>Refleksionsøvelse 7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan vil den ikke-systemiske model se ud med de for forståelser og generaliseringer, der blev drøftet på dag 2? <p>Fælles dialog om systemtænkning i praksis</p> <p>Refleksionsøvelse 8</p> <p>Med udgangspunkt i den gode dialog skal I reflektere over, hvordan følgende patienter håndteres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den diskussionslystne - Den fjendtlige - Den nervøse <p>Fælles dialog om implementeringen</p>

Dag 1: Formålet med første dag er først og fremmest at skabe trygge rammer, som skal fremme spørge- samt diskussions-/dialoglyst jf. personlig beherskelse. Her italesættes ligeledes den dialogiske forståelse, der danner ramme for kurset. Herunder arbejder vi med Bohms forståelse om, at deltagerne tilsidesætter egne fordomme i samtalen og ikke kritiserer hinandens ideer, men at man i stedet er åben for nye inputs og formår at skabe nye ideer og perspektiver.

Første refleksionsrunde tager udgangspunkt i Senges tredje disciplin. Gennem dialog udveksles personlige og fælles visioner for at skabe engagement og samhørighed blandt deltagerne, hvilket samtidig skaber fundament for et stærkt samarbejde gennem teamlæring. I plenum tales der om de fælles

visioner i grupperne, som skal udgøre rammen for en fælles vision. Ved at tale om visionen bliver den klarere og spredes i en selvforstærkende spiral gennem kommunikation.

Efterfølgende diskuteres de udfordringer, der kan hæmme lægers visioner. Med udgangspunkt i at den nuværende kommunikationssituation er præget af skepsis overfor den lægefaglige vurdering, skal dagen derudover skabe indblik i de fælles udfordringer, som deltagerne oplever i mødet med patienter. Samtidig er vi, som tidligere nævnt, bevidste om, at læger har en stor faglig stolthed, hvorfor det er vigtigt ikke at starte ud med at kritisere deres kommunikative evner i dialogen med patienten. Det er også vigtigt at arbejde med udfordringerne som en generel samfundsproblematik, der kræver tilpasning.

Indholdet på dagen er organiseret i denne rækkefølge for først at se muligheder efterfulgt af begrænsninger, således motivationen blandt deltagernes øges.

Dag 2: Med afsæt i de fælles udfordringer fra første dag er formålet med andendagen at skabe bevidsthed om deltagernes mentale modeller. Kurset igangsættes med et oplæg, som skal introducere deltagerne til subjektivitet, forforståelser og mentale modeller. Således skabes der gennem oplægget indblik i, hvordan disse er uundgåelige i enhver kommunikation, og at det væsentlige er, at man selv er bevidst om dette.

Ved at betragte de tidligere definerede udfordringer, skal deltagerne reflektere over, hvorvidt nogle af disse udfordringer kan bunde i (fordomsfulde) forforståelser og generaliseringer, og i forlængelse heraf skal deltagerne reflektere over, hvilket data generaliseringerne bygger på.

Herudover skal casearbejde bidrage til at skabe en forståelse for, hvordan læge-patient-dialogen påvirkes af mentale modeller.

Dag 3: Dagen introduceres med en gruppeøvelse om, hvordan deltagerne hver især forstår dialog, og hvordan de samtaler med patienter. Med afsæt i Bloch-Poulsens idealer for dialog og forforståelse fra dag to, handler dagen om at danne forståelse for, hvordan man skaber de bedste rammer for god dialog. Ved at introducere begreberne *share*, *dare* og *care*, bliver det ligeledes muligt for deltagerne at reflektere over deres egne kommunikative evner og samtidig skaber det en læreproces, hvori det er muligt at udvikle egne kompetencer.

Dag 4: Med udgangspunkt i Senges fem discipliner har de foregående kursusdage behandlet de konstituerende discipliner. Derfor skal kursets sidste dag fokusere på systemtænkning og implementering af de dialogiske idealer i praksis.

Dagen startes med et oplæg, der introducerer tankerne bag systemtænkning. I oplægget præsenteres den ikke-systemiske tankegangs bidrag til at forværre mødet med den postfaktuelle patient. Her tages der udgangspunkt i et eksempel, som Senge anvender, når han beskriver vigtigheden af systemtænkning (Senge 1999: 68).

Efter oplægget inddrages temaerne fra de øvrige kursusdage, hvor bl.a. de forforståelser og generaliseringer, som deltagerne arbejdede med på kursets anden dag opstilles i en lignende model. Ved at deltagerne opstiller denne model, skabes der indsigt i de årsager og sammenspillende faktorer, der ligger mellem handling og konsekvens frem for lineære årsagsvirkningskæder, og således giver det en forståelse af, at forholdet mellem patient og læge står i et dialektisk forhold til hinanden. Samtidig danner dette fundament for et mentalitetsskift. Modellen udgør ligeledes grundlag for dagens videre dialog, hvor fokus er på implementeringen af de dialogiske idealer gennem refleksion og casearbejde, som læner sig tæt op ad praksis.

Aktion 2: Kommunikationskampagne

Ud fra de opstillede postfaktuelle tendenser i sundhedsvæsenet står det klart, at viden har vanskelige vilkår i den store mængde informationer, som er til rådighed i det moderne samfund. Derfor mener vi, at en målrettet kampagne, som har fokus på den postfaktuelle patients tankegang, kan skabe en positiv effekt.

Til at udforme kampagnen tager vi udgangspunkt i *Professionel kommunikation* (2018), der er en videreudvikling af Smedegaard og Andersens diamantmodel (2012). Modellen har en dialogisk tilgang til kommunikationsplanlægning, og idet der artiklen igennem arbejdes ud fra dette ideal, er det oplagt at anvende en kommunikationsmodel, der ligeledes forankrer det dialogiske aspekt på alle tænkelige planer.

Modellen består af 12 facetter af kommunikation, der er mere eller mindre relevante og sommetider overlappende, og det er derfor planlæggerens opgave at tage afsæt i den pågældende kommunikationssituation, når relevante facetter udvælges. I forlængelse heraf eksekveres planlægningen som en cirkulær proces, hvilket indebærer, at planlæggeren bør vende tilbage og gentænke alle relevante faktorer for at forfine kampagnen (ibid.: 14).

Med afsæt i *Fremkomsten af postfaktuelle tendenser i kommunikationsarenaen*, der udgør planlægningens *Udgangspunkt* anvendes facetterne *Relation* integreret med *Sag og formål* samt *Medier, Resourcer, Tid, Strategisk tekstforfatning* og *Visuel formidling* for at skabe en vellykket kampagne, der imødekommer den postfaktuelle patient.

Relation, sag og formål

Fordi facetterne *Relation* samt *Sag og formål* tilsammen betegnes som den definerende del af kommunikationsplanlægningen, integreres disse til én samlet facet for således at skabe et helhedsorienteret overblik over kampagnens deltagere, deres sager, formål og hensigter.

I kommunikationsarenaen interagerer både inviterede og ikke-inviterede deltagere med hinanden, og det er derfor ikke muligt at styre denne interaktion, hvilket traditionelle transmissionsmodeller ikke tager højde for (Smedegaard 2018; 2019). I forlængelse heraf argumenterer Smedegaard for, at det klassiske afsender- og modtagerbegreb erstattes af et deltagerbegreb, der bygger på relationen mellem mennesker (ibid.).

I kommunikationsplanlægningen indgår flere forskellige deltagere med skiftende roller, som hver især har individuelle hensigter, sager og formål. Som planlæggere indgår vi som en væsentlig deltager, hvor det er vores opgave at organisere arenaen (Smedegaard 2019: 10).

Selvom vi tilstræber at leve op til det dialogiske kommunikationssyn og ovenstående deltagerbegreb, er det stadigvæk nødvendigt at definere hvem, der indtager en position som afsender af kommunikationen (Bom 2018: 89). I udarbejdelsen af kampagnen befinder vi os i en eksisterende kommunikationsarena, hvori vi og LF indtager en position som afsender. Her er det centralt, at vi er bevidste om, at kampagnen ikke drukner i det, der allerede foregår i kommunikationsarenaen (Smedegaard 2019: 11). Således bliver det vores opgave at involvere relevante deltagere og reducere betydning af andre, hvor hovedbudskabet er, at lægen har den bedste viden tilgængelig i kommunikationsarenaen. Den overordnede sag vi ønsker at formidle i arenaen er, at navigationen i sundhedsjunglen bør ske ud fra et evidensbaseret vidensideal. I den forbindelse opstiller Andersen og Smedegaard forskellige typer af mål for kommunikationsplanlægningen (Andersen & Smedegaard 2012 i Smedegaard 2018). Heraf ønsker vi at

- skabe opmærksomhed om os selv/et bestemt budskab
- ændre holdninger hos deltagere i arenaen til et bestemt emne og
- ændre adfærd.

Som analysen viser, befinder vi os i en kommunikationssituation, hvor lægen har mistet sin status som den hvide Gud, fakta udkonkurreres af følelser, og den vigtigste instans i vurderingen af sundhedsråd er patientens egen mavefølelse. Derfor ses ovenstående typer af mål som særligt centrale, idet vi gennem kampagnen vil fremme bevidsthed om værdien af evidensbaseret viden, hvilket skal være medvirkende til at ændre holdninger og adfærd hos den postfaktuelle patient. Hvordan dette sker uddybes, når vi gennemgår de anvendte facetter.

I enhver kommunikationsarena er der lige så mange fortolkningsrepertoarer, som der er deltagere (Bom 2018: 97). Som planlæggere gør vi os bevidste om vores eget fortolkningsrepertoire, således at vi skaber forståelse for kommunikationssituationen og ikke lader dette være styrende for planlægningen. Som vi tidligere har beskrevet, betragter vi den postfaktuelle patient som en udfordring, og dette lader vi ikke farve kommunikation, da vi risikerer at ødelægge målet med kommunikationen (ibid.: 96).

Foruden os og LF som deltagere i kommunikationsarenaen indgår patienter, medier, borgere, politikere, myndigheder, influencere digitale aktører og tilskuere. De udgør ikke en udtømmende liste af alle deltagere i arenaen, men de er udvalgt baseret på den specifikke kommunikationsopgave.

Medier

Mediet bærer kommunikationen, og herigennem kan vi etablere dialogen deltagerne imellem og samtidig sikre, at sagen formidles på bedst mulig vis (Poulsen 2018: 147). Valget af mediekanal spiller en central rolle, da vi i analysen konkluderede, at patienter forenes med andre, der deler samme holdning som dem, og at patienter, der møder modstand i sundhedsvæsenet, søger mod alternative kilder og behandlingsmetoder, som understøtter deres eksisterende narrativ. Derfor er det væsentligt at udvælge mediekanaler, hvor man også kan nå de patienter, der befinder sig i polariserede ekkokamre. Medieplanlægningen skal tage udgangspunkt i medier af tredje grad, som er de digitale medier. Disse medier defineres som multimodale, fordi forskellige medieformer og -udtryk såsom tekst, billeder og lyd kombineres (ibid.: 151). Anvendelsen af de digitale medier har en række iboende kvaliteter, som skaber gode forudsætninger for kampagnen, og samtidig vil kampagnen gennem de digitale og sociale medier møde postfaktuelle patienter, hvor de er.

Læger bør ligeledes i højere grad være til stede, hvor misinformation skaber udfordringer, og en aktiv deltagelse på sociale medier bør medvirke til at opmuntre informationssøgende til en mere kildekritisk adfærd. En nærværende kommunikation og aktiv tilstedeværelse skal sikre proaktiv udvikling. De sociale medier anvendes i kampagnen til at distribuere videomateriale, der kommunikerer sag og formål. Således anvendes også anden grads medier gennem en en-til-mange mediering (ibid.: 152). Facebook og Instagram anvendes som bærende mediekanaler, da de formår at skabe og vedligeholde sociale fællesskaber, og derudover karakteriseres de som sociale publiceringsmedier, der bruges til at dele indhold mellem deltagerne (ibid.: 158). Således gør kampagnen brug af både *earned* og *owned* media. LF's egne sociale medieprofiler defineres som *owned* media, hvorimod delinger af kampagnen, samtaler i fællesskaber, influencere påvirkning osv. defineres som *earned* media (ibid.: 159).

Ressourcer

Petersen foreslår en model til analyse af ressourcer, som består af funktionelle-, organisatoriske-, informations- og netværksressourcer (Petersen 2018: 172). Denne analytiske opdeling bidrager til, at vi betragter vores ressourcer fra forskellige perspektiver, men når vi bruger dem i praksis, overlapper de hinanden.

De funktionelle ressourcer består af materielle, økonomiske, tekniske og øvrige pragmatiske hjælpemidler, som kan hjælpe til at gennemføre kampagnen (ibid.: 175). Idet LF er en frivillig forening, er der ikke mange funktionelle ressourcer at gøre med, men de valgte medier er gratis at benytte, og både vores kommunikationserfaring og deres ekspertise skaber gode forudsætninger for udnyttelsen af de tekniske ressourcer.

De organisatoriske ressourcer udgør de menneskelige ressourcer og den organisatoriske brandværdi (ibid.: 178-79). LF består af cirka 30 læger, der arbejder med stærke værdier og stort engagement for sagen, hvorfor disse ressourcer betragtes som de bærende. I samspil med vores kommunikationsfaglige kompetencer er de menneskelige ressourcer således egnet til den kampagne, vi ønsker at udforme: kompetent lægefaglig viden kommunikeret i øjenhøjde.

Informationsressourcer defineres som de oplysninger, som udvider kampagnens vidensgrundlag (ibid.: 181). Således udgør dataindsamlingen og fundene i dette projekt væsentlige informationer, der i samspil med lægers viden danner grundlag for de tilgængelige informationsressourcer.

Endelig er netværksressourcerne, som binder de øvrige ressourcer sammen. Her er tale om en dynamisk størrelse, der består af binære relationer, som er relevante deltagere imellem. Især LF's netværk er væsentligt. Eksempelvis kom dette i spil, da spørgeskemaerne til henholdsvis patientgruppen og

Misinformation og mistillid i sundhedsjunglen

læger skulle udsendes, hvilket resulterede i det høje antal af svar. Herudover har de relationer til væsentlige frontfigurer i sundhedsdebatten (f.eks. Morten Elsøe), og de har tidligere produceret podcasts og videomateriale, hvorfor der også eksisterer netværksressourcer i forhold til produktion og udnyttelse af de funktionelle ressourcer.

Tid

I kommunikationsplanlægningsprocessen er det nødvendigt at inddrage *Tid* og samtidig fastsætte, hvordan denne praktiseres (Fanth 2018). Derfor opstiller vi en temporal strategi i form af en handlingsplan, som fremgår af nedenstående:

2020		
Januar	Februar	Marts
Publicering kampagnevideo	Inddragelse af influencer som hjælpedeltager	Videofortælling 3
Inddragelse af influencer som hjælpedeltager	Videofortælling 2	Videofortælling 4
Videofortælling 1		

2020		
Juli	August	September
Genpublicering af kampagnevideo	Inddragelse af influencer som hjælpedeltager	Videofortælling 7
Videofortælling 5	Videofortælling 6	

Kampagnen varer 2 x 3 måneder fordelt i 2020. Vi tager forbehold for ændringer i handlingsplanen, idet timingen spiller en helt central rolle i planlægningen. Skulle der f.eks. opstå en begivenhed i maj måned, som kan have en positiv betydning for kampagnens budskab, vil det således være muligt at koordinere kampagnen herefter.

I planlægningen anvendes i januar, februar og august influencere. Her er det centralt, at de inddragede influencere vil samarbejde frivilligt, og samtidig ønsker vi at inddrage nye hjælpedeltagere til kommunikationsarenaen, der passer ind i vores sag. Derfor foreslår vi Morten Elsøe, som vi tidligere har

præsenteret, Mette Marie Lei Lange¹, Cana Buttenschøn² samt Mark le Fêvre³. De udvalgte influencere udgør en mangfoldig gruppe, så vi når ud til både unge og ældre, mænd og kvinder på sociale medier.

Strategisk tekstforfatning

I det strategiske arbejde anvendes en række sproglige virkemidler for at skabe den tekst, vi finder hensigtsmæssigt i den givne kommunikationssituation.

De anvendte verber bør formes i aktiv for at skabe dynamik, og dernæst skal hovedvægten af processer udgøres af materielle, mentale og verbale processer, idet de gennem energi ligeledes er med til at skabe dynamik (ibid.: 265).

Som analysen viser, ønsker patienter at blive inddraget i deres behandlingsforløb. Derfor skal teksten også bære præg af dette gennem en høj grad af involverende ytringsfunktioner. Gennem interrogativer og imperativer sker henvendelse og direkte sproglig positionering. Når det gælder vidensformidling, skal dette dog foregå ved hjælp af deklarativer.

Den personlige forankring i teksten skal ske i en balance mellem nærvær og fravær. Dette valg træffes for ikke at drage direkte parallel mellem deltagerne og den adfærd, som kampagnen har til formål at ændre på. Ved f.eks. at bruge "Mange patienter har svært ved at navigere i sundhedsjunglen" fremfor "Du kan ikke finde ud af at opsøge viden" støder kampagnen ingen. Omvendt kan man med fordel skabe relation ved at bruge personlige pronominer i anvendelsen af involverende ytringsfunktioner. Andersen benævner også overbevisning/usikkerhed som sproglige virkemidler. I forlængelse af lægers ideal om sikker viden, skal teksten naturligvis også afspejle dette ved ikke at indeholde modalisation. Sproget skal være konkret, hvilket er hele præmissen for LF's arbejde. Ved at anvende et konkret sprogbrug fremfor et abstrakt, bliver det håndgribeligt og gennemskueligt (ibid.: 271). I forlængelse heraf kendetegner Andersen sproget i sociale medietekster som kringlet frem for ligefremt (ibid.: 276). Dette bunder i, at mange sætninger er ufuldstændige og ikke sammenvævede, fordi der på sociale medier er andre konventioner end i f.eks. fagtekster. Vi ønsker dog at udvise professionalisme og faglighed med den ambition om, at dette vil afspejle sig blandt kampagnens deltagere. For

¹ Har tidligere delt et vigtigt budskab om stamcelledonation på sin Instagram, hvilket betød, at Blodbanken modtog overvældende mange nye tilmeldinger som både blod- og stamcelledonor.

² Er uddannet jordemoder og har bl.a. skrevet bøger om før, under og efter fødslen.

³ Populær komiker, der for nyligt er blevet opereret for modermærkekræft, hvor han på Instagram fortæller om forløbet, hvor han roser sundhedsvæsenet.

at overholde konventionerne anvendes *emojis* og *hashtags*, dette dog i et begrænset omfang for igen at udvise en professionalismisme og faglighed.

Visuel formidling

Kampagnen er som nævnt funderet i videomateriale, der spredes på de sociale medier, hvorfor denne facet har en central funktion. Med afsæt i Boeriis (2018) foretager vi visuelle valg baseret på teori herom.

Kampagnen består af en række videoer, hvoraf den bærende fortælling udgøres af en animationsvideo. Denne type video gør det let for de fleste at identificere sig med aktørerne i videoen, og samtidig er det en brugbar måde at forenkles et budskab på, hvilket er centralt, når vi har at gøre med en kompleks udfordring. Samtidig er animationsvideoen anvendelig i henvendelsen til den postfaktuelle patient, som ønsker hurtige og lette løsninger.

I videoen skal verbalsprog indgå i form af en *voice over* samt baggrundsmusik, hvilket skal have en stemningsskabende funktion. Den bør vare omkring et minut, da erfaringer viser os, at lange videoer ikke fastholder sociale mediebrugeres opmærksomhed. For at skabe overblik over videoens indhold har vi udarbejdet en drejebog, som vi i nedenstående forklarer uddybende.

UDKAST TIL DREJEBOG



SCENE 1

"Går du også på nettet, når du søger viden om sundhed?"



SCENE 2

"Mange patienter har svært ved at navigere i sundhedsjunglen"



SCENE 3

"Gennem internettet er det muligt at dele viden – både din egen og andres. Det er godt. Men også skidt. Når viden deles uhæmmet, er det svært at vide, hvad der er sandt eller falsk"



SCENE 4

"Derfor bør du stille dig selv nogle spørgsmål, når du navigerer på sociale medier:

- Kender du kilden?
- Er den legitim?
- Hvilken viden bygger den på?"



SCENE 5

"Det kan være vanskeligt at gennemskue på de sociale medier. Derfor bør du være kritisk, når det gælder sundhedskilder. Det kan gælde liv eller død"



SCENE 6

"Skal du søge viden om din egen eller dine nærmestes sundhed, anbefaler vi, at du ringer til din læge eller henter app'en Patienthåndbogen, hvor du kan finde troværdig og opdateret viden om sygdomme og behandlingsformer"

Jf. de strategiske overvejelser i henhold til tekstforfatningen skal videoen starte med en involverende ytringsfunktion som "Går du også på nettet, når du søger viden om sundhed?". For at undgå at rejse kritik mod deltagerne i kommunikationsarenaen skal der skabes fravær, når der refereres til den adfærd, som kampagnen vil ændre: "Mange patienter har svært ved at navigere i sundhedsjunglen".

Videoen skal herefter skildre det forløb, som indhold på digitale og sociale medier opstår på baggrund af. Indhold skabes, deles og fortolkes af individer, som ikke er i stand til at selektere i denne mere eller mindre sandfærdige viden, hvorfor resultatet bliver et utal af myter, anekdoter og fortællinger baseret på sensation. Dette kan vises gennem animerede netværk, som spreder sig over jordkloden, og de tvivlsomme personer, der gemmer sig bag skærmen.

Herefter skal videoen skildre konkrete råd og vejledning til modtageren gennem en fortsat inkluderende tilgang: "Kender du kilden? Er den legitim? Hvilken viden bygger den på? Det kan være vanskeligt at gennemskue på de sociale medier. Derfor bør du være kritisk, når det gælder sundhedskilder. Det kan gælde liv eller død". Den postfaktuelle patient vægter følelser over faktisk viden, og derfor anvendes en patosappel. Afslutningsvist skal videoen byde på alternativer til digital sundhedsviden: "Skal du søge viden om din egen eller dine nærmestes sundhed, anbefaler vi, at du ringer til din læge eller henter appen Patienthåndbogen⁴, hvor du kan finde troværdig og opdateret viden om sygdomme og behandlingsformer".

Foruden ovenstående består kampagnen af syv forskellige videofortællinger. For at imødekomme patienters efterspørgsel efter personlige fortællinger er formålet at skabe personlige relationer gennem en række narrativer. Fortællingerne er autentiske, fortælles af menneskelige partcipanter og omhandler personlige erfaringer med sygdomsforløb, mødet med sundhedsvæsenet osv. Temaerne i videoerne kan bl.a. være moren med brystkræft, faren med prostatakræft, familien med det syge barn osv. Partcipanterne skal være relaterbare og mangfoldige.

Gennem videoerne skaber vi positiv opmærksomhed omkring patienters møde med sundhedsvæsenet. Derudover opfordres der til, at patienter benytter sig af den lægelige ekspertise, og på sigt skal disse narrativer styrke sundhedsvæsenets *image*.

Videoerne skal være simple og vare cirka et minut. Scenerne skal veksle mellem fortælling, hvor den pågældende partcipant sidder foran en neutral baggrund og taler direkte til modtager, mens scenen brydes med fortsat verbalsprog som *voice over*, mens man ser partcipanten hygge sig med familien, løbe en tur eller nyde livet på anden vis.

⁴ Patienthåndbogen er både et fysisk og digitalt sygdomsleksikon ejet af Danske Regioner. Lægeforeningen opdaterer løbende med evidensbaseret viden, og håndbogen er uafhængig af kommercielle interesser.

Participantens tale, mimik og kropssprog defineres som ekspressive processer, og disse tilfører dynamik til det visuelle udtryk, fordi de består af en aktiv hændelse (Boeriis 2018: 285). Genblikket gør den visuelle tekst involverende, idet det skaber en direkte henvendelse og personnærvar (ibid.: 291). Videofortællinger udformes som et interview, hvor interviewerens klippes ud af den færdige produktion. Ved at fjerne interviewerens fra den endelige video skabes en større relation til modtageren, idet det forekommer, at participanten taler direkte til modtageren. Interviewene tager udgangspunkt i spørgsmålene:

- Hvad er din historie?
- Hvilke følelser havde du i forløbet?
- Hvad er dit budskab til andre patienter?

Det er det ikke hensigten, at videoernes indhold planlægges på forhånd, men for at give et indtryk af udførelsen har vi udarbejdet en drejebog, der beskriver handlingsforløbet af første videofortælling.

UDKAST TIL DREJEBOG



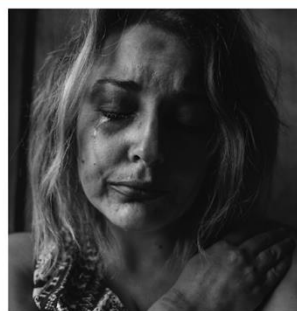
SCENE 1

Lene præsenterer sig selv, hvor hun fortæller sit navn og alder. Derefter begynder hun at fortælle sin historie. Hun fortæller, at hun altid har været meget aktiv og spist sundt - og aldrig har været ramt af sygdom, men at dette ændrede sig i 2017. Hun mærkede en knude i sit bryst, som hun hurtigt gik til lægen med.



SCENE 2

"Den 2. marts 2017 ændrede mit liv sig for altid" fortæller hun. I mens hun taler, ser man hende sidde med sin familie i sofaen. Hun fortæller om, hvor hurtigt det gik fra at hun fik diagnosen, til at hun blev opereret og efterfølgende fik strålebehandling.



SCENE 3

Der klippes tilbage til Lene, som er rørt over at fortælle hendes historie. Hun fortæller om de mange følelser, der gik igennem hende. Hun fortæller om frygten for, at hendes familie ville miste hende, og at hun følte, at hun ikke var færdig med livet. Til sidst i klippet skifter stemningen, da Lene fortæller, at hun overvandt kræften. I februar 2018 blev Lene erklæret rask.



SCENE 4

I sidste scene ser man Lene tale med en veninde. Indlagt som en voice over lyder Lenes afsluttende budskab: "Så kære medsøster, tjek dine bryster! Tiden er afgørende, så gå til lægen! Jeg fik en veninde til at gå til lægen, og vi gik i behandling samtidig for brystkræft, og nu skal vi de næste ti år sammen igennem vores kontrolforløb"

Er der rationale i disse handlemuligheder?

Aktion 1 formår at tage hånd om ovenstående udfordring, fordi fokus er at skabe bedre forudsætninger for læger i kommunikationen med postfaktuelle patienter.

Som vi beskrev i aktion 2, har faktisk viden svære vilkår, og derfor tager kampagneplanlægningen højde for denne udfordring. Fordi postfaktuelle patienter søger viden, der understøtter deres eksisterende narrativer og afskriver viden, der modsiger denne, fokuserer kampagnen på budskaber, som er svære at være uenige i. Kampagnen skubber patienter i en retning, hvor der gennem en patosappel opfordres til at være kildekritisk. Selvom budskabet er, at fakta bør vægtes højere end følelser, er vi bevidste om, at vi ikke kan ramme deltagerne i kommunikationsarenaen, hvis vi appellerer til deres logiske sans. Derfor argumenterer vi for at anvende patosappellen, som til trods for det emotionelle aspekt ikke er ensbetydende med, at den er baseret på usandheder.

I forlængelse af de tidsmæssige begrænsninger projektet, som artiklen bygger på, er underlagt, har det ikke været muligt at igangsætte aktionen. I det ideelle aktionsforskningsprojekt havde det været muligt at afprøve aktionen for efterfølgende at evaluere og således fortsætte læringsprocessen. Til trods for dette vil vi alligevel diskutere handlemulighedernes rationale.

Det overordnede mål om at skabe aktion, der kan løse udfordringerne på baggrund af en dialogisk tilgang, imødekommes da vi både skaber dialogiske kompetencer blandt læger, og samtidig skaber vi sundhedskompetence blandt patienter, der motiverer deres forståelse for og fortolkning af sundhedsviden.

Vi har i fællesskab med vores samarbejdspartnere fra LF evalueret på udviklingspotentialer i handlemulighederne. Det kræver engagerede aktører, der anerkender de samme komplekse udfordringer, som vi beskriver, og som samtidig erkender nødvendigheden af disse tiltag.

Der skal skabes fokus på, hvorfor læger fortsat har noget at lære, når det gælder kommunikation på baggrund af, at samfundet ændrer sig, og at postfaktuelle tendenser er ensbetydende med en større kompleksitet og en stigende konkurrence om patienters opmærksomhed. Hvis lægen ikke formår at skabe en dialog, som patienten er tilfreds med, går denne andetsteds hen, hvorfor aktion er en nødvendighed.

Artiklens fund og den foreslåede aktion gavner hele sundhedsvæsenet. Læger og øvrigt sundhedspersonale får værktøjer til at håndtere patienter, og patienter får en bedre oplevelse i mødet med læger samtidig med, at de påvirkes til at søge evidensbaseret viden, hvilket fører til bedre vilkår for sundhed. På sigt kan også medicin- og sygeplejestuderende få gavn af kommunikationskurset. Endvidere kan

sundhedsformidlere skabe mere vellykket kommunikation, hvis de skaber mere modtagerorienteret formidling.

Ikke nok med det præsenterer artiklen i sin helhed en nyskabende måde at belyse postfaktuelle tendenser som fænomener på, og det giver også konkrete anvisninger til, hvordan disse håndteres. Dette kan andre brancher og sektorer, som er mærket af selvsamme tendenser, drage nytte af.

I et forskningsmæssigt aspekt kan artiklen anvendes til at betragte konsekvenserne af postfaktuelle tendenser fra et fagligt perspektiv. Herunder er en vigtig pointe, at samfundsudviklingen også skabes af (og måske endda forværres af) eksperter, som ikke er villige til at tilpasse sig de nye sociale praksisser, som er opstået bl.a. på baggrund af nye kommunikationsformer og informationskilder. Således kan vi forhåbentligt inspirere andre forskere til at arbejde videre med, hvordan eksperter bør agere i mødet med det postfaktuelle samfund i et reflekteret og læringsorienteret henseende.

Vi er bevidste om, at denne form for humanistisk forskning er vanskelig at efterprøve med samme resultat, fordi den bl.a. afhænger af faktorer som tid, vores subjektivitet og de studerede fænomener. Dog skal dette spørgsmål om validitet ikke være afgørende for sandheden af projektets fund, og på baggrund af dataindsamlingen har vi arbejdet med sans og respekt for praksis med øje for et resultat, der afspejler gennemsigtighed.

Konklusion

Artiklen viser, at sundhedsvæsenet som system er udfordret i forhold til tillid. Den enkelte læges troværdighed vægtes i forhold til flere parametre, som ikke handler om lægens faglighed men i stedet personlige egenskaber. De postfaktuelle tendenser optræder, idet patienter har et ændret syn på lægers autoritet, hvor den lægefaglige vurdering betragtes som én mulig sandhed i konkurrence med andre sandheder. I forlængelse heraf udkonkurreres fakta af følelser, eftersom evidensbaseret viden vurderes på lige fod eller under personlige holdninger og mavefølelser. Samtidig forenes patienter i fællesskaber med andre, der deler samme holdning. Fællesskaberne opstår, fordi patienters forventninger ikke indfries i mødet med sundhedsvæsenet. Derfor søger de andetsteds hen, hvor deres eksisterende narrativ understøttes, og som en konsekvens af denne polarisering opstår pluralistisk ignorance og selektiv eksponering.

Vores multiperspektiviske tilgang betyder, at vi løbende har ladet forskellige teorier og metoder skabe nye indsigter i og forståelser for den virkelighed, som gør sig gældende for læger og patienter. Vores

videnskabsteoretiske ståsted giver ingen af de anvendte teorier eller metoder patent på sandheden, og vi vil ikke strække resultaterne længere, end de reelt set kan række.

Den situationelle, dialektiske forståelse bidrager til at nuancere konsekvenserne af postfaktuelle tendenser. Samfundsudviklingen betyder, at læger har vanskeligt ved at trænge deres budskaber igennem overfor postfaktuelle patienter. Men det er ikke kun negativt, at lægers autoritet er udfordret, idet det opmuntrer patienter til selvstændigt at undersøge og blive klogere på deres helbredsmæssige tilstand. Samtidig betyder samfundsudviklingen, at læger er dygtigere end nogensinde, og skabes der bedre vilkår for deres interne og eksterne kommunikative handlen, er der gode forudsætninger for at udvikle et sundhedsvæsen, som kan imødekomme deltagernes forskellige interesser og værdier.

Anvendelsen af kritisk teori har fungeret som et refleksionsrum, hvori det har været muligt at kvalificere undersøgelsens problemfelt i forhold til magtforhold, kultur og de involverede aktørers handlinger samt placere det i et større kulturelt og samfundsmæssigt perspektiv.

Vi har sat spørgsmålstegn ved den kritiske teoris forudsætning om at idealisere et fornuftbaseret frigørelsesperspektiv, idet vores dataindsamling viser, at postfaktuelle patienter ikke altid er i stand til at forholde sig kildekritisk til den information, de finder i jagten på viden om deres sundhedsmæssige tilstand. Hertil vil vi understrege, at det ikke er alle patienter, der er postfaktuelle, og der findes stadig de, som har en klassisk autoritetsopfattelse. Vi har ikke et tilstrækkeligt datagrundlag til at udpege hvilke patienter, der er mere postfaktuelle end andre, men gravide og småbørnsforældre udgør en gruppe, som er særligt disponible på baggrund af deres adfærd på sociale medier og søgen efter narrativer, der passer ind i deres virkelighedsopfattelse.

Vi tilgik projektet, som artiklen bygger på, med en overbevisning om, at grundlaget for postfaktuelle tendenser var baseret på patienters ageren, men undervejs har vi jf. vores videnskabsteoretiske ståsted erfaret et alsidigt perspektiv. Den nuværende kommunikationssituation er skabt af mange komplekse faktorer, og postfaktuelle tendenser fremdrives af læger og patienter gennem et dialektisk forhold. Begge aktører har blinde pletter, der vanskeliggør deres evner til at forbedre situationen.

Ud fra idealet om aktionsforskning udpeger vi udviklingsforslag til udfordringerne på et samfundsmæssigt plan. Gennem anvendt forskning har vi opstillet to konkrete forslag til aktion, som er praksisnære og realistiske at igangsætte for at skabe bedre vilkår for viden og dialog i et sundhedsvæsen præget af postfaktuelle tendenser. Aktionsforslagene er baseret på moderlige værdier som inddragelse og behovstilfredsstillelse for at skabe en ligeværdig relation, fordi dette er, hvad patienter efterspørger.

Første forslag er et kommunikationskursus, som er målrettet læger. Her kommer vi med dialogiske værktøjer til, hvordan den enkelte læge kan tilpasse sin kommunikation til den postfaktuelle patient. Andet forslag er en kommunikationskampagne målrettet patienter, og denne tager udgangspunkt i et dialogisk kommunikationssyn som præmis. Formålet er at fremme bevidsthed om værdien af evidensbaseret viden med afsæt i LF's ideal om at kommunikere lægefaglig viden i øjenhøjde, hvilket skal være medvirkende til at ændre holdninger og adfærd hos den postfaktuelle patient.

Artiklen identificerer postfaktuelle tendenser i sundhedsvæsen i et organisatorisk perspektiv, og den skabte viden kan således ikke blot gavne læger og patienter men sundhedsvæsenet som helhed. Vi betragter udviklingen af postfaktuelle tendenser som et uendeligt kontinuum, og vi håber, at denne artikel kan inspirere andre til at forske videre herindenfor.

Bibliografi

Agergaard, Torben E. (2018): En vaccine mod tillid? En undersøgelse af tre danske HPV vaccinekritiske fællesskaber og deres offentlige Facebook-sider. *Research Publications on ScienceStudies* 46. Aarhus: Centre for Science Studies, University of Aarhus

Alrø, Helle & Finn Thorbjørn Hansen (2017): Dialogisk aktionsforskning - i et praksisnært perspektiv. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag

Alrø, Helle et al. (2013): Dialogisk gruppecoaching - facilitering af ledelsesudvikling. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag

Andersen, John & Annette Bilfeldt (2010): Aktionsforskning på plejehjem - et alternativ til new public management? In: *Tidsskrift for arbejdsliv*, 12(1), 067-081

Andersen, Thomas Hestbæk (2018): Strategisk tekstforfatning. In: Fanth, Jacob & My Gaarde Andreassen (2018). *Professionel kommunikation*. København: Samfundslitteratur, p. 259-278

Arede, Margarida et al. (2018): Combating Vaccine Hesitancy: Teaching the Next Generation to Navigate Through the Post Truth Era in: *Front Public Health* 6: 381. Published online 14. jan, 2019

Bloch-Poulsen, Jørgen (2006): Dialog - en udfordring. Mellem involvering og demokratur i organisationsudvikling. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag

Boeriis, Morten (2018): Visuel formidling. In: Fanth, Jacob & My Gaarde Andreassen (2018). *Professionel kommunikation*. København: Samfundslitteratur, p. 279-306

Bom, Anne Klara (2018): Sag og formål. In: Fanth, Jacob & My Gaarde Andreassen (2018). *Professionel kommunikation*. København: Samfundslitteratur, p. 89-104

Dakwar, Julia et al. (2015): En ansats til en teori om Situationel Dialektisk Ledelse. In: *Det Ny Merino* nr. 1. Syddansk Universitet: Institut for Sprog og Kommunikation

Dakwar, Julia et al. (2017): Ni antagelser om Situationel Dialektisk Videnskabsteori. In: Det Ny Merino nr. 15. Syddansk Universitet: Institut for Sprog og Kommunikation

Danmarks Statistik (2016): Især kvinder tjekker sundhed digitalt. In: Nyt fra Danmarks Statistik nr. 446.

Danske Patienter (2019): Resourcesvage patienter bliver overset. På: www.danskepatienter.dk. Hentet 9. november 2019 fra:

<https://www.danskepatienter.dk/politik/nyhedsarkiv/resourcesvage-patienter-bliver-overset>

Djøfbladet (2012): Vi elsker uniformer. På: www.djoefbladet.dk. Hentet 13. november 2019 fra: <https://www.djoefbladet.dk/artikler/2012/1/vi-elsker-uniformer>

Donkin, Ida (2019): Sygt eller sundt - sådan overlever du det næste sundhedsråd. Lindhardt & Ringhof

Ekholm, Ola et al. (2017): Alternativ behandling. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Fairclough, Norman (2008): Kritisk diskursanalyse. En tekstsamling. København: Hans Reitzels Forlag

Fanth, Jacob (2018): Tid In: Fanth, Jacob & My Gaarde Andreassen (2018). Professionel kommunikation. København: Samfundslitteratur, p. 129-145

Fanth, Jacob & My Gaarde Andreassen (2018): Introduktion. In: Fanth, Jacob & My Gaarde Andreassen (2018). Professionel kommunikation. København: Samfundslitteratur, p. 11-14

Frederiksen, Morten (2015): Mixed methods-forskning. In: Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (2015). Kvalitative metoder - en grundbog. Hans Reitzels Forlag. 2. udgave, p. 197-213

Habermas, Jürgen (2009): Borgerlig offentlighed. Informations Forlag. Oversat af Henning Vangsgaard

Habermas, Jürgen (1987): Samtalens fornuft. Charlottenlund: Forlaget Rosinante

Hansen, Julie Schmidt & Anne-Sophie Fioritto Thomsen (2017): Fup, fakta eller postfaktuel forvirring. In: Det Ny Merino. nr. 18. Syddansk Universitet: Institut for Sprog og Kommunikation

Hansen, Niels-Henrik Møller et al. (2015): Spørgeskemaer i virkeligheden. Frederiksberg: Samfundslitteratur

Hendricks, Vincent Fella (2016): Spræng boblen - sådan bevarer du fornuften i en ufornuftig verden. København: Gyldendal

Hendricks, Vincent Fella & Mads Vestergaard (2017): Fake News - Når virkeligheden taber. København: Gyldendal

Hendricks, Vincent Fella & Pelle Guldborg Hansen (2016): Infostorms. Why do we 'like'? Explaining individual behaviour on the social net. Switzerland: Springer. 2. udgave

Hervik, Peter (2016): Fortællingen om de danske værter og deres generende gæster. In: Glavind, Inger Bo et al. (2016): Narrativ forskning - tilgange og metoder. København: Hans Reitzels Forlag, 275-292

Husted, Mia & Ditte Tofteng (2014): Arbejdsliv og aktionsforskning. In: Duus, Gitte et al. (2014). Aktionsforskning - en grundbog. Samfundslitteratur, p. 61-80

Jensen, Henrik (2006): Det faderløse samfund. København: People's Press

Krogh, Kasper (2009): Autoriteten sidder ikke længere i kitlen. På: www.berlingske.dk. Hentet 8. oktober 2019:

<https://www.berlingske.dk/nyheder/autoriteten-sidder-ikke-laengere-i-kitlen>

Kruse, Krista Johnsdóttir (2017): Politisk kommunikation i det postfaktuelle samfund. In: Det Ny Merino. nr. 24. Syddansk Universitet: Institut for Sprog og Kommunikation

Laursen, Erik (2014): Aktionsforskningens produktion af viden. In: Duus, Gitte et al. (2014). Aktionsforskning - en grundbog. Samfundslitteratur, p. 97-112

Lindø, Anne Vibeke (2013): Samtalen som livsform - et bidrag til dialoganalysen. Aarhus: Forlaget Klim

Lorentzen, Anne-Christine Rosfeldt (2018): Udgangspunkt. In: Fanth, Jacob & My Gaarde Andreasen (2018). Professionel kommunikation. København: Samfundslitteratur, p. 39-58

Lyengar, Shanto. & Douglas S. Massey (2019): Scientific communication in a post-truth society. In: PNAS. April 16, 2019 116 (16); first published November 26, 2018, p. 7656-7661

Lynggaard, Kennet (2015): Dokumentanalyse. In: Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (2015). Kvalitative metoder - en grundbog. Hans Reitzels Forlag. 2. udgave, p.153-167

Manjoo, Farhad (2008): True Enough. Learning to Live in a Post-Fact Society. John Wiley & Sons, Inc.

Morgan, Gareth (2006): Images of Organization. London: Sage Publications. 4. udgave

Munch-Petersen, Mette (2019): Brugerinddragelse og ulighed i sundhed. København K: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet

Nielsen, Henrik Kaare (2015): Kritisk teori. In: Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (2015). Kvalitative metoder - en grundbog. Hans Reitzels Forlag. 2. udgave, p 373-387

Nielsen, Kurt Aagaard (2014): Aktionsforskningens historie - på vej til et refleksivt akademisk selskab. In: Duus, Gitte et al. (2014). Aktionsforskning - en grundbog. Samfundslitteratur, p. 19-38

Pedersen, Søren Hviid (2016): Myten om det post-faktuelle er elitens nye våben. På: www.berlingske.dk. Hentet 20. september 2019:

<https://www.berlingske.dk/kommentatorer/myten-om-det-post-faktuelle-er-elitens-nye-vaaben>

Petersen, Stine Harboe (2018): Ressourcer. In: Fanth, Jacob & My Gaarde Andreassen (2018). Professionel kommunikation. København: Samfundslitteratur, p. 171-188

Poulsen, Søren Vigild (2018): Medier. In: Fanth, Jacob & My Gaarde Andreassen (2018). Professionel kommunikation. København: Samfundslitteratur, p. 147-168

Radius (2019): Troværdighedsanalysen 2019. På: www.radiuscph.dk. Hentet 12. november 2019: <https://radiuscph.dk/wp-content/uploads/2019/08/trovaerdighedsanalysen.pdf>

Rasmussen, Lars Igum (2018): Professor: Brug doktor Google - og gå i kritisk dialog med din læge. På: www.politiken.dk. Hentet d. 30 oktober 2019:

<https://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/art6456573/Brug-doktor-Google---og-gaa-i-kritisk-dialog-med-din-laege>

Rasmussen, Martin Møller Boje (2017): Tesen om 'det postfaktuelle samfund' er postfaktuel. På: www.mandagmorgen.dk. Hentet 20. september 2019:

<https://www.mm.dk/tjekdet/artikel/tesen-om-det-postfaktuelle-samfund-er-postfaktuel>

Reason, Peter & Hilary Bradbury (2006): Introduction: Inquiry and Participation in Search of a World Worthy of Human Aspiration. In: Reason, Peter & Hilary Bradbury (2006). Handbook of Action Research. SAGE Publications, p. 1-12

Senge, Peter (1999): Den Femte Disciplin - Den lærende organisations teori og praksis. Forlaget Klim. Oversat af Steen Fiil

Smedegaard, Flemming (2018): Relation. In: Fanth, Jacob & My Gaarde Andreassen (2018). Professionel kommunikation. København: Samfundslitteratur, p. 63-87

Smedegaard, Flemming (2019): Hvem vil være modtagere af min kampagne? In: Det Ny Merino nr. 35 Syddansk Universitet: Institut for Sprog og Kommunikation

Sørensen, Asger (2010): Kritisk teori. In: Jacobsen, Michael Hviid et al. (2010). Videnskabsteori: i statskundskab, sociologi og forvaltning. København: Hans Reitzels Forlag, p. 168-195

Thyssen, Ole (1994): Kommunikation, kultur og etik. København: Handelshøjskolens Forlag

Thyssen, Ole (2012a): "Jürgen Habermas - Samtalens blik" i Det filosofiske blik. Europæiske mestertænkere. København: Informations Forlag, p. 661-682

Thyssen, Ole (2012b): "Niklas Luhmann - Systemets blik" i Det filosofiske blik. Europæiske mestertænkere. København: Informations Forlag, p. 683-702

TrygFonden & Mandag Morgen (2016): Sundhedsvæsenet ifølge danskerne. København

Vestager, Margrethe & Thomas Jensen (2002): Generation A-Z. På: www.politiken.dk. Hentet 12. november 2019: <https://politiken.dk/debat/kroniken/art5664732/Generation-A-Z>

WHO (2019a): Constitution. På: www.who.int. Hentet 2. december 2019: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

WHO (2019b): Ten threats to global health in 2019. På: www.who.int. Hentet 2. december 2019: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>