

RISIKOKOMMUNIKATION I RELATION TIL
SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

2005



Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse

Marie Brandhøj Hansen og Mette Nordahl Svendsen

Udarbejdet af: Cand.scient.soc. Marie Brandhøj Hansen og cand.scient.anth., ph.d. Mette Nordahl Svendsen, DSI – Institut for Sundhedsvæsen

Udgiver:
Viden- og dokumentationsenheden@
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: dokumentation, forebyggelse, risikokommunikation

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: august 2005

Elektronisk ISBN: 87-7676-148-7

Format: pdf

Denne rapport citeres således:
Hansen, MB; Svendsen, MN
Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse
København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2005

Rapporten har gennemgået en ekstern peer review proces.

Rapporten indgår i en serie publikationer, der sammenfatter den aktuelle viden om metoder til forebyggelse og sundhedsfremme. Disse vil løbende blive publiceret på Metodekataloget på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/metodekataloget

Forord

Der er i løbet af de senere år kommet øget fokus på den måde myndigheder og andre organisationer kommunikerer om risici til borgerne på sundhedsområdet. De fleste er enige om, at myndigheder og sundhedspersonale kan blive dygtigere til at kommunikere risici til de personer, man ønsker at nå med sundhedsbudskaber. Målet er i sidste ende at gøre kommunikationen mere effektiv, så flere lever så sundt og sikkert som muligt. Men for at blive bedre til at kommunikere om sundhed og risiko, er der behov for mere viden om, hvordan folk forstår og håndterer sundhedsrisici.

Det var på denne baggrund, Sundhedsstyrelsens Viden- og dokumentationsenhed i efteråret 2004 bad antropolog, ph.d. Mette Nordahl Svendsen og sociolog Marie Brandhøj Hansen fra DSI Institut for sundhedsvæsen om at lave en litteraturbaseret gennemgang af risikobegrebets betydning og historik i relation til forebyggelse og sundhedsfremme. Resultatet af deres arbejde kan ses i denne rapport.

Rapporten giver en generel indføring i risikotænkningen og præcisering af risikobegrebet på tværs af specifikke faglige felter. Der fokuseres således på både medicinske, antropologiske, sociologiske og kulturelle aspekter i gennemgangen.

Det er Sundhedsstyrelsens håb, at rapporten vil bidrage til at styrke arbejdet med at formidle risici på sundhedsområdet via større bevidsthed og øget refleksion hos afsenderne af risikokommunikation på sundhedsområdet.

Denne rapport er den første af tre rapporter med fokus på risikokommunikation. Der er endnu to rapporter på vej. Den ene af disse gennemgår den aktuelle viden om risikokommunikation til unge mænd med fokus på kønsspecifikke forskelle i indstillingen til sundhed og risiko; mens den anden ser på, hvordan etnicitet kan have betydning for forståelsen af sundhed og risiko. I begge rapporter er formålet at identificere og beskrive metoder, der kan bruges til at formidle sundhedsbudskaber til henholdsvis unge mænd og udvalgte etniske grupper. Rapporterne vil blive publiceret i begyndelsen af 2006.

Finn Børlum Kristensen
Centerchef

Indholdsfortegnelse

1	Formål, litteratursøgning og læsevejledning	6
2	Risikokommunikation som led i sundhedsfremme og forebyggelse	8
2.1	Sandsynlighed og statistisk definition af normalitet	8
2.2	Usikkerhed og kontrol	9
2.3	Ansvarliggørelse af individet	10
3	Lægmandsperspektiver på risikokommunikation	11
3.1	Lægmandsepidemiologi og hverdagserfaringer	11
3.2	Livssituation og handlemuligheder	13
3.3	Vurdering af egen og andres risiko	14
3.4	Risikoprofiler og selvforståelse	15
3.5	Forståelser af sygdom og sundhed	16
3.6	Opsamling	16
4	Massemedieret risikokommunikation	18
4.1	Præsentation af risikotal i sundhedskampagner	18
4.2	Vinklingen af budskaber om risiko	19
4.3	Ansvarliggørelse af individet	19
4.4	Risikokommunikation til specifikke målgrupper	21
4.5	Opsamling	21
5	Risikokommunikation i det kliniske møde	22
5.1	Fortolkning af tal	23
5.2	Udvælgelse og præsentation af risikofaktorer	24
5.3	Risikotal og det individuelle liv	24
5.4	Skabelsen af helbredsviden	25
5.5	Opsamling	26
6	Diskussion og perspektivering	27
7	Referencer	30
8	Forfattere	36
	Bilag 1. Detaljeret beskrivelse af litteratursøgningen	37

1 Formål, litteratursøgning og læsevejledning

Der er i løbet af de senere år kommet øget fokus på den måde myndigheder og andre organisationer håndterer og kommunikerer om sundhedsmæssige risici med henblik på at få befolkningen til at ændre adfærd i sundere retning. Ny viden om risiko og kommunikation har betydet et opgør med det klassisk/rationelle oplysningsideal, hvor videnskaben fortæller befolkningen om faren og muligheden for at undgå den, hvorefter befolkningen i tillid til eksperternes vurdering gør som de foreskriver. Almindelige mennesker deler ofte ikke eksperternes risikoopfattelse og følger ikke altid deres råd – enten fordi de ikke stoler på eksperternes vurdering, eller fordi de tillægger risikoen en anden betydning, end eksperterne gør.

Den traditionelle myndighedsrolle er i forandring, og der er fra mange sider forventning om, at myndighederne vil og kan gå i dialog med befolkningen og medierne om risikoemner. Der tales i disse år meget om nødvendigheden af, at myndighederne bliver dygtigere til at kommunikere risici til de grupper, man ønsker at nå, i erkendelse af at mennesker reagerer vidt forskelligt på information om de samme risici. Der er i den forbindelse behov for mere viden om og refleksion over risikobegrebet i relation til forebyggelse og sundhedsfremme.

Denne rapport har til formål at uddybe og diskutere, hvad risikokommunikation som begreb betyder og omfatter i relation til forebyggelse og sundhedsfremme. Med udgangspunkt i en litteraturgennemgang vil rapporten præsentere et meta-blik på, hvad risikokommunikation er, og hvilke problemstillinger der knytter sig hertil. Der tages primært udgangspunkt i sociologisk, antropologisk og medicinsk litteratur om emnet. Litteraturen er dels fremkommet ud fra forfatterens kendskab til eksisterende litteratur, dels via en systematisk litteratursøgning foretaget i medicinske og samfundsvidenskabelige databaser. Med udgangspunkt i denne litteratur er der desuden foretaget en citationsanalyse (se bilag 1 for en mere dybdegående beskrivelse af litteratursøgningen).

Ved at beskrive risikokommunikation som fænomen inden for folkesundhedsområdet og diskutere relationen mellem ekspert- og lægmandspositioner inden for dette felt sigter litteraturstudiet på at kvalificere arbejdet med at kommunikere risici i relation til sundhedsfremme og forebyggelse via større bevidsthed og øget refleksion.

Rapportens målgruppe er statslige, regionale og lokale institutioner og aktører, der beskæftiger sig med forebyggelse og sundhedsfremme – herunder at kommunikere information om risiko.

Rapporten er bygget op på følgende måde:

Kapitel 2: *Risikokommunikation som led i sundhedsfremme og forebyggelse*

I dette kapitel opridses en begrebsmæssig ramme for at forstå risikobegrebets betydning for forebyggelse og sundhedsfremme. Bl.a. kommer vi¹ ind på, hvordan sociologer karakteriserer nutidens samfund som risikosamfund, og hvilke konsekvenser det har for det enkelte menneske. Derudover diskuteres det, hvordan kommunikationen af risiko er med til at synliggøre farer og tilfældigheder som forhold, der kan kontrolleres og dermed forebygges. Dette føres videre i en diskussion af, hvordan kommunikationen af risikotal er med til at definere, hvad der er hhv. en normal og en unormal sundhedsmæssig tilstand. I lyset af dette diskuteres de styringsmæssige aspekter, som optræder i forbindelse med kommunikationen af risiko i det offentlige rum.

Kapitel 3: *Lægmandsperspektiver på risikokommunikation*

Dette kapitel handler om, hvordan mennesker fortolker og håndterer information om risiko. Vi kommer ind på, hvordan perspektiver på risiko formes i konkrete livssammenhænge, og hvordan menneskers livssituation har betydning for, hvordan information om risiko håndteres. Med udgangspunkt i litteraturen viser vi endvidere, hvordan information om risiko kan skabe nye perspektiver på livshistorie og slægtskab og kan ændre menneskers forståelse af sygdom og sundhed. Kapitlet belyser også, hvordan risiko ikke nødvendigvis opfattes som et negativt fænomen, men kan være noget man bevidst søger, og gennem hvilken man udtrykker identitet. Ved at synliggøre de mange forskellige måder, som budskaber om risiko fortolkes på i konkrete livssammenhænge, peger kapitlet på de udfordringer, som er til stede i kommunikation af risiko.

¹ 'Vi' omfatter her og i det følgende rapportens to forfattere (se kapitel 8). Det samme gør sig gældende, når der henvises til 'vores vurdering/mening'.

Kapitel 4: Massemedieret risikokommunikation

Sundhedsoplysende kampagner er en måde at kommunikere risici til en bred del af befolkningen. Dette kapitel diskuterer de politiske og moralske aspekter, der er forbundet med at sætte fokus på bestemte helbredsproblematikker frem for andre via sundhedskampagner, og hvorledes præsentationen og vinklingen af de konkrete risikotal kan resultere i forskellige vurderinger af den samme risiko. Ligeledes diskuteres det, hvilke konsekvenser det har, når der i den offentlige debat er uenighed om konkrete risicis betydning. Kapitlet belyser også, hvordan formidlingen af risici via massemedierne er med til at placere ansvar for egen sundhed hos det enkelte individ, og hvordan sundhedskampagner rettet mod bestemte målgrupper udpeger en bestemt livsstil og adfærd som uhensigtsmæssig.

Kapitel 5: Risikokommunikation i det kliniske møde

Omdrejningspunktet for dette kapitel er risikokommunikation i mødet mellem patient og sundhedsprofessionel. Kapitlet ridser en række udfordringer op, som den sundhedsprofessionelle står overfor herunder at balancere mellem at rådgive og respektere patientens autonomi, det vanskelige i at tolke risikotal korrekt samt at navigere i en stor mængde af viden om risici, som ikke nødvendigvis peger i samme retning. I kapitlet diskuterer vi også, hvordan måden, risikotal præsenteres og udvælges på kan lede patientens opmærksomhed i en bestemt retning og er med til at definere bestemte adfærdsmønstre som bedre end andre. Afslutningsvis belyser vi, hvordan viden om risiko ikke er en fast størrelse, men kontinuerligt skabes og forhandles i mødet mellem patient og sundhedsprofessionel.

Kapitel 6: Diskussion og perspektivering

I dette kapitel samler vi op på de overordnede problematikker, som efter vores vurdering knytter sig til kommunikationen af risiko. Bl.a. diskuterer vi, hvorledes risikokommunikation er med til at fremme nogle bestemte værdier for det gode liv, og fordrer aktiv stillingtagen, uanset om man er politiker, sundhedsprofessionel eller lægperson. Vi kommer også ind på, hvor vanskeligt det er at finde klare spor for, hvordan risikokommunikation kan føre til livsstilsændringer, fordi perspektiverne på risiko er så mangfoldige. Kapitlet slutes af med et oprids af de mest centrale pointer i rapporten samt en række overordnede anbefalinger.

2 Risikokommunikation som led i sundhedsfremme og forebyggelse

Gennem tiden er den epidemiologiske forskning blevet i stand til at identificere flere og flere risikofaktorer for sygdom, før symptomer overhovedet viser sig, og der skabes herved en stor viden om risici (1). Denne øgede viden om risikofaktorer har givet grobund for en voksende interesse for og bestræbelser på at forebygge udvikling af sygdom i befolkningen. Senest er der fra politisk hold sat fokus på at styrke forebyggelsesindsatsen overfor livsstilsrelaterede folkesygdomme som diabetes, hjerte-kar sygdomme, kræft, KOL² mv. (2). Som led i forebyggelsesindsatsen kommunikerer de kendte risikofaktorer – fx i forhold til rygning, kost, alkohol, overvægt og arbejdsmiljø – ud fra et håb og en ambition om at ændre folks adfærd og derigennem skabe mindre sygdom og mere sundhed. Risikokommunikation er således central i forhold til at styrke både forebyggelse og sundhedsfremme³.

Det øgede fokus på risikokommunikation indenfor forebyggelse og sundhedsfremme afspejler en generel tendens i vores samfund. Sociologen Ulrik Beck kalder nutidens moderne samfund for et risikosamfund⁴, fordi mennesker på tværs af landegrænser og sociale skel udsættes for risici, der er svære at kontrollere og beregne. Risici rammer derfor i princippet alle, og risici har ifølge Beck og andre sociologer konsekvenser for alle aspekter af vores tilværelse (4).

Et karakteristisk træk ved risikosamfundet er en gennemgående individualiseringsproces, der frisætter det enkelte individ fra klasse, familie og kønsroller. Individet har stor frihed til og ansvar for at planlægge sit liv – blandt andet på baggrund af en øget mængde af information og viden om risici, som eksperter kommunikerer til befolkningen. Det enkelte menneske konfronteres løbende med risici og må i sin dagligdag forsøge at vurdere de mange risici, der eksisterer indenfor fx miljø, sundhed og ernæring. Risici trænger med andre ord i stigende grad ind i den enkeltes hverdagsliv, ligesom risiko har betydning for den måde, vores samfund formes og organiseres på (4-6).

Sociologen Anthony Giddens mener endvidere, at det øgede fokus på risiko indebærer en kolonisering af fremtiden. Med det menes, at risikoberegninger og hypotetisk tænkning om fremtiden konstant skabes i nutiden og er med til at organisere nutiden. Denne begrebsliggørelse af fremtiden i nutiden sker på baggrund af en lind strøm af viden bl.a. frembragt af eksperter. Ekspertviden er i dag tilgængelig for alle, der har tid og ressourcer til at erhverve sig den. I bestræbelserne på at håndtere fremtiden inkorporeres ekspertviden i individets refleksive livsorganisering og er med til at forme individets risikobevisthed. Inkorporering af ekspertviden betyder dog ikke, at individet får serveret sikre svar om fremtiden. Tværtimod er den specialiserede viden, som eksperterne producerer, ofte uigennemskuelig og behæftet med usikkerhed. Når eksperter fx vurderer sundhedsrisici og udarbejder risikoprofiler for forskellige sygdomme, er det baseret på nugældende viden og betingelser. Men den viden og de betingelser er i konstant forandring, hvorfor risikoprofiler og de interventioner, der anvendes til at forebygge og mindske risici, løbende revideres. Fremtidsperspektiverne ændres konstant, og individet er således nødsaget til løbende at integrere og tage stilling til ny viden om risici. Det øgede fokus på risiko har derfor ikke kun indflydelse på hverdagslivet og samfundets konstituering, men spiller også en rolle for individets selvbevidsthed og identitetsdannelse (5).

2.1 Sandsynlighed og statistisk definition af normalitet

Indenfor det medicinske felt tager risikobegrebet udgangspunkt i klinisk og epidemiologisk forskning. På baggrund af undersøgelser af befolkningsgrupper forsøger den epidemiologiske forskning at kortlægge kausal-sammenhænge mellem risikoeksponering og sygdomsforekomst. Denne afdækning af de bagvedliggende årsager til sygdom anvendes som grundlag for at udregne sandsynligheder for fremtidig sygdom (7, 8). Risikofaktorer er således forhold, der kan måles kvantitativt. Det er forholdsvis let at vise en sammenhæng mellem en hjertekarsygdomme og hhv. vægt, alder og rygning etc., mens andre af livets forhold som livserfaring, psykiske evner, følelser, håb og frygt ofte ikke er inddraget i de statistiske beregninger (9). En sygdoms forløb kan ikke

2 KOL står for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom.

3 Som begreber er forebyggelse og sundhedsfremme på flere områder overlappende. Men sundhedsfremme handler i udgangspunktet om at styrke individuelle og sociale forandringsprocesser, så folk bliver i stand til at leve sundere, og fokuserer således på den mere positive side af sundhed. Forebyggelse er derimod rettet mod at fjerne sygdom og ubehag, og har dermed fokus på den mere negative side af sundhedsbegrebet (3).

4 Risici er i den sammenhæng de utilsigtede konsekvenser af de produktionsmåder, vi anvender til at producere den moderne velfærd som fx radioaktivitet og forurening. Disse risici er globale, idet de overskrider landegrænser og skel mellem rig og fattig, og både mennesker, dyr og planter er eksponerede (4).

med 100% sikkerhed forudses, fordi sygdommen kan være forårsaget af mange, og ofte kun delvist kendte, faktorer. Risikoberegninger lader noget ude af fokus, og de udregnede sandsynligheder er således ikke et fuldstændigt billede af virkeligheden.

Udarbejdelse af risikoberegninger og -profiler kan imidlertid medvirke til at frembringe en statistisk definition af normalitet. Statistiske analyser af information om populationer og subpopulationer gør det muligt for individer at sammenligne sig med andre. Individers egenskaber kan således vurderes ud fra, hvorvidt de falder indenfor normen eller ej. Eksempelvis indebærer screeningsprogrammer for kolesteroltal, at målinger for kolesterolniveauet i blodet på den enkelte patient vurderes i forhold til nogle definerede grænseværdier og idealkurver (10). Ligeledes omfatter sundhedsplejerskers rutinetjek af børn, at det enkelte barns vægt og længde vurderes i forhold til normalkurver for vækst (11). De konkrete tal og værdier fremstår dermed som en indirekte instruktion til, hvordan kroppen skal fortolkes i forhold til, hvad der er normalt, og dermed også hvad der opfattes som unormalt.

Som denne rapport vil vise, er formidling af normalitet og anormalitet et integreret aspekt af risikokommunikation. Risikokommunikation er med til at udstikke retningslinier for, hvordan man som almindelig borger eller patient i sundhedsvæsenet kan forsøge at nærme sig normen (12). Viden om risikoforhold udtrykker implicit normer og værdier for det sunde liv og angiver pejlemærker for, hvordan det enkelte individ bør handle for at undgå sygdom (13, 14). De implicerede personer kan derved føle sig forpligtede til at følge bestemte anbefalinger og handle på en bestemt måde – fx at føre den livsstil, som de sundhedsprofessionelles anbefaler (15). Viden om risiko frembringer dermed konkrete løsningsmodeller såsom at forebygge sygdom gennem sund levevis eller deltagelse i screeningsprogrammer eller medicinske behandlingsforløb. Risikokommunikation får en handlingsanvisende karakter (10). Fx kan personer, som deltager i screeningsprogrammet for forhøjet kolesterol, have svært ved at forstå de abstrakte kolesteroltal, men hos mange af patienterne frembringer tallene alligevel tydelige reaktioner i form af kostændringer og rygeophør. Konkrete tal – her i form af testresultater – kan således være et magtfuldt forandringsredskab, fordi tallene gør noget abstrakt til en konkret og målbar størrelse, og tallene indikerer, at man er en speciel person med et specielt problem (14).

2.2 Usikkerhed og kontrol

Som det fremgår af ovennævnte, er risikovurderinger en måde at forstå fremtidige farer på med udgangspunkt i kortlagte årsagssammenhænge. Dermed er risikovurderinger en måde at begrebsliggøre det menneskelige grundvilkår, at ingen ved, hvad der sker i morgen. Rationalet bag viden om risiko er netop at indkredse og forstå den eksistentielle usikkerhed, som knytter sig til ethvert menneskeliv. Antropologer mener imidlertid, at risikoberegninger rører ved nogle grundlæggende opfattelser af, hvad der er uheldige tilfældigheder, og hvad der ikke er. Med sit fokus på årsagssammenhænge forklarer information om risiko ikke uheldige omstændigheder som tilfældigheder, men som noget, der kan forudsiges og dermed forebygges. Inspireret af den epidemiologiske forskning søger ulykkesforskning fx at finde årsagssammenhænge knyttet til forekomsten af ulykker. På baggrund af sådanne årsagssammenhænge bliver det muligt at opstille risikofaktorer for, at bestemte ulykker opstår. Fra at være en uforudsigelig hændelse, bliver ulykker således hændelser, der potentielt set kan forebygges (16).

I forbindelse med sygdomsforebyggelse fungerer præsentationen af risikotal og sandsynligheder som redskab til at synliggøre potentielle farer (1). Risikoberegninger medfører dermed, at farer, der tidligere blev lokaliseret uden for individets kontrol, transformeres til noget individet rationelt kan forholde sig til og tage beslutninger omkring – risici kan lokaliseres, forudses og måske undgås (17, 18). Som denne rapport vil vise, indebærer begrebsliggørelsen af farer en forestilling om kontrol. Ved at kende til årsagssammenhænge bliver det muligt – fx gennem forebyggelse – at opnå kontrol med de risikofyldte faktorer og miljøer. Denne forestilling om kontrol kan reducere oplevelsen af eksistentiel usikkerhed, fordi det giver individet en oplevelse af at kunne handle og undgå risici. Viden om risici er imidlertid ikke en garanti for et liv uden sygdom og ulykke. Dels fordi øgede beslutningsmuligheder ikke automatisk medfører bedre muligheder for rationel beregning og vurdering, dels fordi aggregerede sandsynligheder ikke kan forudse udfaldet for det enkelte individ (16, 18). Selv om individet forsøger at undgå et konkret risikoscenarie – som fx at udvikle hjertekarsygdomme – kan netop dette scenarie blive til virkelighed, selv om individet har levet efter de sundhedsprofessionelles anvisninger. Et forgæves forsøg på at forebygge hjertekarsygdom kan derfor føre til en øget følelse af usikkerhed og fortvivlelse. Hvis ikke det hjælper at undgå de kendte risikofaktorer, hvad er der så at gøre?

2.3 Ansvarliggørelse af individet

Et grundlæggende rationale knyttet til risikokommunikation som led i forebyggelse og sundhedsfremme er, som nævnt, et ønske om at ændre menneskers adfærd og derigennem mindske risikoen for, at mennesker udvikler specifikke sygdomme (9). Dette rationale omfatter en bestemt styringsform. At blive præsenteret for risikofaktorer tvinger individet til at forholde sig til risici og de tilknyttede sundhedsfarer. Når risici oven i købet forbindes til individets livsstilsadfærd, bliver individet selv opfattet som den væsentligste trussel mod sit eget helbred (1). Dette er blot med til at forstærke det styringspotentiale, der ligger i at præsentere mennesker for risici.

Til trods for at risikokommunikation implicit udstikker normer og pejlemærker for, hvordan individet bør handle for at få et sundere liv, er det i sidste ende overladt til individet selv at overveje og kalkulere mulige konsekvenser af bestemte handlinger og navigere i forhold til de potentielle sundhedsrisici (19). Der sker med andre ord en ansvarliggørelse af individet, idet det enkelte menneske anskues som et autonomt væsen, der kan træffe frivillige valg om deres adfærd og livsstil (16). Dette er særligt fremtrædende i forhold til livsstils-sygdomme, fordi livsstil netop handler om, hvordan folk har 'valgt' at leve. Ofte negligeres økonomiske og sociale forholds betydning for folks livsstil, og i stedet fremhæves livsstil som et personligt ansvar i mange forebyggende og sundhedsfremmende interventioner (15). Et øget fokus på patienter og borgeres medinddragelse og -indflydelse indenfor både sundhedsvæsenet og socialområdet kan siges at forstærke denne ansvarliggørelsen af individet (20, 21).

Selvforvaltende individer

Den ansvarliggørelse og moralisering, som opstår i formidlingen af risici, er med til at skabe såkaldte 'selvforvaltende individer' – altså individer, der styrer sig selv (22). Det selvforvaltende består i, at individet udøver en form for selvdisciplin skabt af normer – om fx ansvarlighed – som er indlejret i det enkelte individ. Den 'styring', som er på spil i relation til individet, er således ikke styring i traditionel forstand. Styringen fremtræder ikke som en udefrakommende magt i form af tvang eller påbud, men via strategier der får mennesket til at styre sig selv (23). Den frihed, som de selvforvaltende individer har, er således en særlig magtform, der skaber bestemte måder at tænke og handle på. Dette skaber et bestemt rum for handling, hvor noget er mere legitimt at gøre end andet (24). Risikokommunikation i relation til forebyggelse og sundhedsfremme er en styringsform, som ikke formes af bestemte personer eller af bestemte kanaler, men foregår både i kliniske sammenhænge, via kampagner, via medier og i den politiske debat.

Individets ansvarliggørelse og selvstyring synes at være led i en generel sundhedspolitisk tendens. I nyere både danske og svenske folkesundhedsprogrammer lægges der vægt på, at individet selv må tage ansvar for sin sundhed, samtidig med at programmerne – ved at formidle viden om bestemte sundhedsrisici – søger at motivere til bestemte holdnings- og adfærdsændringer. Ved at formidle viden om risici frem for at give konkrete handlingsanvisninger synliggøres den gennemgående opfattelse i programmerne, at folk skal være oplyste og have den relevante viden for at kunne handle ansvarligt (25). Risikokommunikation er således en del af en politisk debat og fungerer som et politisk redskab. Denne pointe fremhæves af antropologen Mary Douglas, som mener, at risiko begrebsliggøres som fare i det politiske felt. Det bliver så samfundets opgave at beskytte individet mod disse farer, og risikobegrebet anvendes på den vis til at legitimere og miskreditere bestemte politikker (26). Ved at fremhæve den individuelle risikobeslutning i relation til fx livsform, madvarer og ansvaret for egen sundhed medvirker sundhedskampagner fx til at legitimere en politik, der sigter på at skabe ansvarlige og selvforvaltende borgere. I Douglas' optik er risikokommunikation således ikke et neutralt foretagende, men har moralske og politiske implikationer.

Det forholder sig dog ikke sådan, at folkesundhedsprogrammer og oplysningskampagner har et entydigt fokus på de samme risikoforhold. Den viden, som kommunikerer gennem de mange 'styringskanaler', afstedkommer ofte modstridende oplysninger om risici. Fx kan en læge anbefale en patient en kostændring med henblik på at sænke kolesterolniveauet i blodet og forebygge hjertesygdomme, mens der i medierne verserer en debat, der betvivler den påståede sammenhæng mellem kolesterolniveauet i blodet og risikoen for at få et hjertetilfælde (27). De mange modstridende oplysninger skaber usikkerhed om, hvad der er sund adfærd, hvilket både forstærker individets ansvarliggørelse og samtidig åbner op for, at individet skaber sine egne fortolkninger af, hvad der er en sund levevis. Hvordan mennesker forstår og håndterer information om sundhedsrisici vil være hovedtemaet for næste kapitel.

3 Lægmandsperspektiver på risikokommunikation

Det overordnede formål med kommunikation af risiko er som nævnt at få mennesker til at ændre adfærd i sundere retning. Information om risiko giver individet nogle anvisninger til, hvordan han/hun kan forsøge at undgå sygdom, og kommunikationen af risiko er baseret på en idé om, at individet vil handle rationelt og følge disse anvisninger. Men viden om risiko er ikke nødvendigvis kilde til rationel handling. Ofte tillægger lægfolk risikotal og sandsynligheder en lidt anden betydning end epidemiologer og klinikere (28). Ét dansk studie viser fx, at patienter generelt vurderer risikofaktorer for udvikling af iskæmisk hjertesygdom lavere, end lægerne gør (29, 30). Et andet dansk studie viser endvidere, at der i 1/3 af en række vurderede cases er uoverensstemmelse mellem patientens selvvaluerede helbred og lægers vurdering af patientens helbred – herunder vurderede risici for kardiovaskulære sygdomme (31).

Effekten – og dermed det risikoreducerende potentiale – af en given behandling eller intervention kan udtrykkes på forskellige måder. En sundhedsprofessionel kan eksempelvis vælge at tage udgangspunkt i den relative risikoreduktion⁵, den absolutte risikoreduktion⁶ eller number-needed-to treat (NNT)⁷. Disse mål for risikoreduktion udtrykker forskellige aspekter af en given behandlingseffekt, men er i princippet forskellige måder at sige det samme på. NNT er blevet fremhævet som et effektmål, der er intuitivt meningsfuld og nemt at forstå (34). Et dansk studie viser imidlertid, at den mindskede risiko for at få et hjertetilfælde ved indtagelsen af et medicinsk præparat angivet som NNT får lægfolk til at tro, at en behandlingen er som et lotteri. De interviewede personer har bl.a. fået at vide, at 25 personer skal tage et præparat i 3 år for at undgå, at én person får et hjertetilfælde. Det kan give det indtryk, at få opnår en høj gevinst, mens de mange ikke får noget ud af behandlingen – ligesom hvis man vinder eller taber i et lotteri (33). Et andet dansk studie peger på, at lægpersoner har nemmere ved at forstå og vurdere en risikoreduktion angivet som en udskydelse af en given hændelse (fx i form af x antal måneder eller år) frem for NNT. Patienternes samtykke i forhold til en intervention overfor osteoporoses blev påvirket af størrelsen af den fordel, der blev præsenteret som en udskydelse af en hoftefraktur på hhv. 1 måned, 1/2 år, 1 år eller 4 år. Dette var ikke tilfældet når fordel blev opgjort i forskellige NNT-størrelser på hhv. 10, 40, 100 eller 400 (35). De to studier peger på, at nogle af de mål for risikoreduktion, som anvendes til at formidle risikovidenskab, ikke nødvendigvis giver mening for lægfolk og kan lede til forkerte forestillinger om, hvad en given behandling kan og ikke kan i forhold til at forebygge givne sygdomstilfælde.

Ud fra et sundhedsprofessionelt synspunkt kan forskellige tolkninger og deciderede misfortolkninger af et givent mål for en risikoreduktion være med til at skabe forvirring og misforståelser. Derfor foreslås det i meget af litteraturen, at der arbejdes mod at opnå en fælles forståelse af risikofaktorer og en oplæring af patienten, da lægens forebyggende arbejde – herunder at motivere til livsstilsændringer – ellers bliver vanskeligt (29, 36, 37). Men hvorfor er lægpersoner ikke bare en tank, der kan fyldes viden på, hvorefter de handler som foreskrevet? Hvad er det, der er på spil for individet, og hvorfor reagerer de så forskelligt?

3.1 Lægmandsepidemiologi og hverdagserfaringer

Lægpersoner foretager – i lighed med den epidemiologiske tankegang – også systematiske vurderinger af sygdommes fremkomst fx ved at finde årsagssammenhængen i fortiden og på den baggrund forsøge at sige noget om fremtiden. Interviews med befolkningen fra henholdsvis et by- og landområde i Sydwalet afslører et sindrigt system, der anvendes til at vurdere risikoen for at få hjertetilfælde. Ordet 'kandidatur' anvendes om personer, der ud fra en række indikatorer 'kandiderer' til at få et hjertetilfælde. Vurderingen af 'kandidaturen' foretages på baggrund af generaliseret information baseret på aggregater af kendte hjertetilfælde blandt venner, familie og i lokalsamfundet⁸. En populationsbaseret viden bliver således overført til individets verden. Men alle borgere kender imidlertid eksempler på, at hjertetilfælde rammer personer, som ikke umiddelbart kan placeres i en kandidatprofil, og at oplagte kandidater ikke får et hjertetilfælde. Dette er inkorporeret i lægbefolkningens forklaringsmodel, idet et kandidatur kun indikerer en øget risiko for at få et

5 Den relative risikoreduktion angiver forholdet mellem antal tilfælde i en behandlet befolkning og antal tilfælde i en ubehandlet befolkningsgruppe (32).

6 Absolut risikoreduktion angiver risikoforskellen mellem den behandlede og den ubehandlede befolkningsgruppe (32).

7 NNT angiver hvor mange patienter, der i gennemsnit er blevet behandlet per undgået hændelse (sygdomstilfælde, ulykke eller død) på et specifikt tidspunkt. NNT bliver dog ofte fremstillet som det antal patienter, som skal behandles i x antal år for at forebygge én hændelse (33).

8 Faktorer såsom overvægt, mangel på motion, rødt eller gråt skær i ansigtet, rygere, hjerteproblemer i familien, stort alkoholforbrug, bekymret sind, pessimisme, stress samt overanstrengelse anvendes som indikatorer til at få et hjertetilfælde. Er blot én af indikatorerne tilstede, kan det være tilstrækkeligt til, at en person identificeres som kandidat. Dette gør sig i særlig grad gældende, når et hjertetilfælde vurderes efter det er indtruffet hos en person (retrospektiv kandidatur) (38).

hertetilfælde. Selvom størstedelen af informanterne har den opfattelse, at hertetilfælde i et vist omfang kan forebygges og udsættes, er det en gennemgående betragtning, at det i princippet kan ske for alle (38). Vi vurderer, at informanterne dermed påtager sig et vist ansvar for deres egen sundhed, men samtidig er de opmærksomme på, at der er nogle forhold, som de ikke har indflydelse på og derfor ikke kan kontrollere.

Denne såkaldte lægmandsepidemiologi har mange lighedspunkter med den epidemiologiske tankegang og de budskaber om risiko, som kommunikeres i sundhedskampanjer og i det kliniske møde mellem sundhedsprofessionel og lægpersoner. Samtidig har lægpersonerne en bevidsthed om, at sammenhængen mellem livsstil og sundhed kan være mere tilfældig og usikker end de budskaber om risiko, som offentlige instanser og sundhedsprofessionelle formidler (1). Jo mere uklare og komplekse de kausale sammenhænge fremstår for individet, jo større rum er der for fortolkninger. Dette kan i sin yderste konsekvens betyde, at forebyggelsesbudskaberne opfattes som ugyldige (39).

Blandt en række interviewpersoner i et australsk studie viser der sig fx en høj grad af kynisme – i form af ligegyldighed og skepsis – overfor mediernes dækning af sundhedsmæssige risici forbundet med forhøjet kolesterolniveau i blodet. Kynismen bunder i en række modsigende budskaber, der fra forskellige kilder blev formidlet om kostråd i tilknytning til at sænke kolesterolniveauet i blodet og dermed mindske risikoen for hjertesygdomme. Til trods herfor bliver den medicinske viden og de sundhedsprofessionelles autoritet og erfaring i mange tilfælde anvendt som begrundelse for at tro på de formidlede råd. Men da interviewpersonerne blev spurgt om, hvem de stoler på vil give dem det rette råd, støtter de sig i højere grad til deres egen krops integritet, som handler om at stole på sig selv og kende sig selv og sin krop – en form for 'kroppens visdom'. Et par af interviewpersonerne udtrykker det således: *"I think your body is the best judge."* og *"If everyone is telling you different things, you have got to assess them for yourself. And your body is sure going to tell you when something is going wrong."* I tilknytning hertil blev ordsproget 'alting med måde' anvendt som en gennemgående strategi til at håndtere de inkonsistente og forvirrende kostråd (27). Et svensk studie viser i tråd hermed, at folk betragter information om risiko som ustabil og inkonsistent, fordi budskaberne ikke altid er entydige og peger i forskellige retninger. Én af respondenterne siger eksempelvis: *"One day, one shouldn't drink milk, another day one shouldn't eat oranges. I don't think a lot about it. I have a varied diet and then we will just have to see."* (40). Samlet set illustrerer de to studier, at budskaber om risiko ikke accepteres som sandheden, men er genstand for vedvarende forhandling og udfordring. Det betyder efter vores vurdering ikke, at informanterne ikke tager ansvar for deres eget liv og sundhed, men de gør det på deres egen måde og ud fra deres egne kriterier.

Når individet præsenteres for information om risiko, sker der en fortolknings- og meningsskabende proces, hvor individets betydningsunivers og hverdagerfaringer bringes i spil. Individet forsøger at integrere informationen i en konkret livssammenhæng ved at relatere den konkrete information om risiko til egne erfaringer, livsbetingelser, værdier og overbevisninger (8). I denne tolkningsproces kan der opstå mangfoldige perspektiver på risici. På trods af at der er videnskabelige beviser for rygningens sundhedsskadelige effekter (41), vil mange fx kunne fortælle om familiemedlemmer eller bekendte, der har røget hele livet, og som aldrig har været syge og har nået en høj alder. En mor til flere velskabte børn, som har familie, naboer og venner, der også har fået sunde og raske børn, vil ligeledes være tilbøjelig til at støtte sig til disse erfaringer frem for information om risikoen for at føde børn med fysiske defekter (42). Egne erfaringer – om end de repræsenterer helt specielle og sjældne tilfælde – udgør ofte det primære pejlemærke for individuel fortolkning og handling, og den videnskabelige viden står derfor aldrig alene.

Stærke overbevisninger om, at fx miljømæssige eller arvelige faktorer er den primære årsag til udvikling af diabetes, kan betyde, at information om livsstilsbetingede sundhedsrisici ikke skaber adfærdssændringer i den enkeltes liv (43). Et par studier peger på, at individet vil være tilbøjelig til at vurdere informationskilden som utroværdig, hvis budskaberne om risiko modsætter sig individets overbevisninger (44, 45). Et svensk studie blandt indbyggere i Malmø viser i tråd hermed, at folk, der generelt er afvisende overfor information om risiko, har tendens til at støtte sig til gængse vaner og traditioner frem for at veje forskellige argumenter op mod hinanden, når de træffer valg i livet (40). Det er således ikke alle, der påtager sig eller kan håndtere det ansvar for egen sundhed, som sundhedskampanjer søger at fremme.

I befolkningen kan der forekomme direkte modstand mod de budskaber og råd, som risikokommunikation omfatter. I relation til information om risikoen ved at spise fedtholdigt mad udtrykker flere interviewpersoner i det før nævnte australske studie irritation over det arbejde og fornægtelse af nydelse, som en sund kostindtagelse omfatter. De føler sig generet af at få deres kostmæssige valg dikteret. Selvom de finder det vigtigt at udøve disciplin i deres liv for at holde sig sunde og bibeholde et attraktivt ydre (holde sig slank), så anser de

interviewede personer det også som nødvendigt at kunne give slip og nyde livet en gang imellem. Dette omfatter bl.a. at spise det, der i forebyggelsesbudskabets terminologi betegnes som 'forkert kost' – herunder fedtholdig mad (27). Det viser efter vores opfattelse, at interviewpersonerne har et bredere perspektiv på sundhed, end det der formidles i sundhedskampagner, og dette perspektiv omfatter bl.a. at opleve psykisk og fysisk velvære.

Et etnografisk studie af type 2-diabetikere beskriver desuden en mandlig diabetiker, der har nægtet at ændre diæt samt ryge- og alkoholvaner. Dette til trods for, at han har fået amputeret en fod og snart vil miste den anden. Manden har hele tiden været bevidst om den øgede risiko for komplikationer. Men frem for at ændre livsstil og forebygge – eller i det mindste udsætte – komplikationernes forekomst, er det hans opfattelse, at komplikationerne vil indhente ham før eller siden (39). En sådan holdning strider umiddelbart imod sundhedsoplysningens 'sunde fornuft' og har et fatalistisk islæt. Men frem for at afspejle en fatalistisk holdning kan den mandlige diabetikers 'laden stå til' efter vores mening lige så vel være udtryk for, hvad han forbinder med en realistisk holdning til sin situation. Måske viser hans egne erfaringer, at sammenhængen mellem livsstil og mulige komplikationer er mere usikker og tilfældig, end informationen om risiko angiver, og på den baggrund har han valgt at forholde sig, som han gør. Litteraturen illustrere således, at personlige referencer og overbevisninger kan være en stærk kilde til subjektive fortolkninger af risiko og dens betydning.

3.2 Livssituation og handlemuligheder

Sammen med subjektive erfaringer og bestemte overbevisninger spiller den konkrete livssituation også en rolle for, hvordan risiko opfattes og håndteres. Interviewpersoner fra et engelsk/australsk studie fremhæver fx, at de i højere grad involverede sig i risikofyldte aktiviteter som unge, hvorimod de med alderen er blevet mindre tilbøjelige til at deltage i risikofyldte handlinger. Deres familiemæssige situation er blandt andet én af årsagerne til dette. At stifte familie er forbundet med en højere grad af modvilje overfor risiko, idet mange føler et større ansvar for deres egen sikkerhed – en risikofyldt adfærd vil ikke kun have konsekvenser for deres eget liv, men også for deres familiemedlemmer (46). I relation til sundhed viser den seneste MULD-rapport⁹, at der er en udbredt alkoholkultur blandt 16-20-årige unge, og at omkring halvdelen af drengene og mere en 1/3 af pigerne har prøvet illegale stoffer (47). I forhold til sundhed fører unge således på nogle punkter et risikobetonet liv, og deres opmærksomhed er rettet mod det spændende og forbudte frem for det sunde og fornuftige. En tilstødende problematik er, at især unge mænd ikke opfatter sig selv som førende en stærk risikofyldt tilværelse (48), og derfor er det særligt udfordrende at kommunikere risici til denne gruppe.

Forskellige livsformer¹⁰ kan endvidere have betydning for, hvordan information om risiko håndteres, og hvad der opfattes som henholdsvis godt og ondt, rigtig og forkert, sundt og usundt. En ph.d.-afhandling om sundhedsoplysende kampagner viser fx, at sundhed kan opfattes som en god ting i sig selv, hvorfor man helt automatisk målretter sin adfærd mod det, mens det for andre ikke er noget, der har en værdi i sig selv. Med andre ord findes der ikke et fælles perspektiv på sundhed. Afhandlingen konstaterer desuden, at sundhedsbudskaber formidlet via sundhedskampagner¹¹ primært går i spænd med hverdagslivet i den karrierebundne livsform. Indenfor denne livsform opfattes sundhed som et individuelt ansvar, og det er netop budskabet i mange sundhedskampagner indeholdende information om risiko, såsom Sundhedsstyrelsens kampagne om passiv rygning. Indenfor den selvstændige livsform er det at leve sundt underordnet det daglige arbejdes betydning, og budskaber om sund livsstil kan komme på tværs af den personlige frihed (49). Vi kan således konstatere, at mange andre aspekter i livet kan have højere prioritet end ansvaret for egen sundhed.

Det tidligere fremhævede studie blandt indbyggere i Malmø peger desuden på, at folks sociale positioner har betydning for, hvordan de håndterer information om risiko. De informanter, der har et forholdsvist lavt økonomisk råderum, bekymrer sig i højere grad end de mere velstillede om andre risici end de sundhedsmæssige. Sociale og materielle risici – såsom at miste sit job og familie – er mere i fokus i disse menneskers liv, og de virker derfor afvisende overfor budskaber om sundhedsrisici. De økonomisk og uddannelsesmæssigt mere velstillede informanter har tilsyneladende mere overskud til at gå aktivt ind i at vurdere og inddrage information om sundhedsrisiko i deres beslutninger (40). Der findes således forskellige perspekti-

⁹ MULD står for Monitorering af Unge Livsstil og Dagligdag, og er et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse og Kræftens Bekæmpelse. I de årlige monitoreringer fokuseres der på 16-20-årige unge og deres sundhedsvaner, livsstil og dagligdag (47).

¹⁰ Livsformer er et analytisk begreb, der er udviklet af etnologen Thomas Højrup. Livsformer omfatter forskellige former for dagligdags praksis knyttet til bestemte perspektiver på verden. Der opereres med *løndarbejderlivsformen* (arbejdet er middel til opnåelse af fritid), *den karrierebundne livsform* (arbejdet er målet, fritid er opladning til at yde en arbejdsindsats), *den selvstændige livsform* (arbejdet er et dagsværk, hvor alle aktiviteter organiserer en hel livssammenhæng) og *husmorlivsformen* (indholdet i tilværelsen findes i familien) (49).

¹¹ Der tages udgangspunkt i alkoholkampagne afviklet i uge 40, 1991 (49).

ver på sundhed forankret i forskellige livssammenhænge og sociale positioner, og budskaber om risiko kan sjældent favne denne forskellighed. Dermed er der også forskel på, hvad mennesker betragter som forhold, de selv har ansvar for. Det er derfor kun nogle mennesker, der kan og vil følge budskaber om risiko formidlet via sundhedskampagner og andre kommunikationskanaler. Andre tager slet ikke budskaberne ind i deres hverdag.

Et amerikansk studie peger ligeledes på, at den enkeltes oplevede handlemuligheder spiller ind på, hvordan konkrete sundhedsrisici opleves og vurderes. Studiet viser, at personer, der oplever at have ringe mulighed for at afhjælpe sundhedsmæssige risici, vurderer deres egen risiko højere end personer, der oplever at have mulighed for at kontrollere de sundhedsmæssige risici, de udsættes for (50). Menneskers forskellige interesser og vidensniveau kan endvidere betyde, at det samme budskab om risiko undersøges og vurderes på forskellig vis. Et amerikansk studie af opfattelsen af risikoen ved at spise forurenede fisk viser fx, at individer, som synes, at deres nuværende informationsniveau udgør et utilstrækkeligt grundlag at tage en beslutning ud fra, foretager en systematisk undersøgelse af budskabet om risiko (51). Ud over vidensbehov kan også faktorer som oplevet relevans og personlig involvering i det konkrete risikoemne have betydning for individets motivation for aktivt at undersøge information om risiko. Hvis individet har forudgående viden om og interesse i emnet eller har brug for nye argumenter til at støtte op om et givent synspunkt, vil han/hun være mere tilbøjelig til at foretage en grundig vurdering af budskabet om risiko frem for en person, der finder budskabet irrelevant eller uinteressant (43).

3.3 Vurdering af egen og andres risiko

I flere artikler fremhæves det, at langt de fleste mennesker vurderer andres risiko højere end deres egen (44, 50, 52). Et australsk studie viser bl.a., at psykologistuderende vurderer risiko for hudkræft højere for deres medstuderende end for dem selv. Tilmed vurderer de, at deres medstuderende – mennesker lig dem selv – har mindre risiko for at udvikle hudkræft end andre australiere (53). Samlet set synes der at være tale om en indbygget optimisme – en idé om, at det sker for naboen, men ikke for én selv. Det modsatte kan imidlertid også forekomme.

Et amerikansk studie baseret på spørgeskemabesvarelser fra 145 kvinder mellem 40-50 år uden fortilfælde af brystkræft viser, at 98% af kvinderne overvurderer deres sandsynlighed for at få brystkræft indenfor de næste 10 år. 77% overvurderer denne risiko med en faktor 10 eller mere¹² (54). Det såkaldte 'optimistiske bias' kan således ikke nødvendigvis generaliseres til enhver form for selv vurderet risiko. Det er vores vurdering, at karakteren af – og den generelle opmærksomhed omkring – den konkrete risiko formentlig har en betydning for, hvorvidt den personlige risiko henholdsvis undervurderes eller overvurderes. Brystkræft har fx været en meget omdiskuteret sygdom og omfattende screeningsprogrammer har gjort kvinderne særligt opmærksomme på – og måske unødigt bekymrede for – risikoen for brystkræft. I tråd hermed fremhæves det i én af de fremkomne artikler, at information om risiko med stærke negative associationer – såsom en høj kræftfrekvens – ofte har en stærkere indvirkning på individets perspektiv på sundhedsrisici end mere positiv information om det samme (37).

Yderligere har informationskilden betydning for, hvordan konkrete sundhedsrisici opfattes. Hvis en person anskuer aviser som en væsentlig kilde til sundhedsinformation, viser førømtalte australske studie af risikoopfattelse i relation til hudkræft, at information om risiko formidlet i avisen påvirker den personlige risikoopfattelse – den personlige risiko vurderes simpelthen højere. Hvis mediet derimod vurderes som en mindre væsentlig kilde til sundhedsinformation, påvirker information om risiko i stedet opfattelsen af andres risiko, men har ikke nogen effekt på den personlige risikoopfattelse. Mediers evne til at påvirke menneskers risikoopfattelser er altså størst, når informationskilden opfattes som væsentlig¹³. Information om risiko formidlet via medierne vil med andre ord ikke afføde en entydig reaktion i lægbefolkningen og leder ikke nødvendigvis til adfærdssændringer. Men leveres budskaberne via mediekkanaler, der vurderes at være vigtige, kan mediebudskaberne være startpunkt for videre diskussion af sundhedsemner og herigennem øge erkendelsen af personlig risiko og motivere til adfærdssændringer (53).

¹² Sammenlignet med den generelle population af amerikanske kvinder mellem 40-50 år havde den studerede gruppe kvinder endda højere uddannelsesniveau og indkomst (54).

¹³ Resultaterne er fremkommet på baggrund af statistiske analyser, og forfatterne påpeger selv, at korrelationen mellem opfattet personlig risiko og informationskildens vurderede væsentlighed er mere kompleks, end den statistiske analyse kan vise. Fx kan det tænkes, at de, der anser sig selv for at være i risiko, også er mere motiverede for at søge mere information fra forskellige kilder, hvorfor der fremkommer sammenhæng mellem personers risikoopfattelse og informationskilders vurderede væsentlighed (53).

Samlet set peger litteraturen på, at mennesker relaterer information om risiko til forudgående erfaringer, viden, handlemuligheder, overbevisninger og interesser. I denne tolkningsproces skaber den enkelte et perspektiv på egne og andres sundhedsrisici. Som nævnt har egne erfaringer og oplevelsen af handlemuligheder indflydelse på, om information om risiko fører til adfærdsændringer eller ej. Selvom information om risiko ikke nødvendigvis fører til adfærdsændringer, kan den – som næste afsnit vil belyse – meget vel få betydning for den måde, den enkelte anskuer sig selv og sit liv på.

3.4 Risikoprofiler og selvforståelse

Den medicinske forståelse af risiko, hvor årsagssammenhænge anvendes til at udregne risikoen for sygdom, kan skabe nye perspektiver på helbred og livshistorie. Indenfor genetisk testning af fostre fremstår risikoberegninger som udgangspunkt for at vurdere et fosters normalitet og prænatale skader. Et antropologisk studie af gravide, der får foretaget fostervandsprøver, illustrerer fx, hvordan risikotal bliver altafgørende for at forstå, hvilket barn der er i vente. Forældrene tvinges til at fokusere på de statistiske forhold og risikoberegninger knyttet til slægtsmæssige forhold, hvilket nedtoner andre positioner og sociale fortolkninger, hvorudfra forældrene kan reagere på sygdom. Informationer om tidligere generationers helbredstilstand bliver pludselig en del af det kommende barns journaler, og på den vis omdefineres familiære forhold til en genetisk risiko og viden om det ufødte barn. Sygdom, slægtskab og generationshistorie får således en ny og specialiseret mening for forældrene (42).

At risikoberegninger kan fremstå som en stærk fortolkningsmæssig ramme for forståelsen af slægt og familie ses også i forbindelse med cancergenetisk rådgivning¹⁴. Et dansk studie beskriver, hvordan stamtræet udgør omdrejningspunktet for en risikovurdering af arvelig brystkræft. Dette er med til at understrege slægten som en biologisk relation. Men personernes egne erfaringer af, hvem de har et familiemæssigt tilhørsforhold til, stemmer ikke nødvendigvis overens med den biologiske slægtsdefinition. Eksempelvis er to søstre, der modtager cancergenetisk rådgivning, vokset op med en række stedsøskende, som de betragter som familie. Derudover har de en moster, som de ikke har haft kontakt med, og som derfor ikke har fungeret som et familiemedlem i social forstand. Men i kraft af stamtræet som central omdrejningspunkt for risikovurderingen defineres denne moster som en del af den biologiske familie, hvorimod stedsøskende ikke er omfattet af denne familiedefinition. Hele risikovurderingen medfører således en refleksion over tilhørsforhold og egen livshistorie (55).

Viden om risiko kan også udfordre individers forståelse af fortid og fremtid på andre måder. Som tidligere nævnt er viden om risiko baseret på årsagssammenhænge fremkommet på baggrund af viden om fortiden, og disse fortidige forhold anvendes indenfor den medicinske verden til at sige noget om fremtidige risici. Denne sammenkobling af fortid og fremtid anvendes til at udstikke anvisninger for nutiden – fx livsstilsændringer. Mennesker betragter som regel deres liv ud fra en tidslinje, som består af betydningsfulde hændelser. Langs denne tidslinje findes sammenhængende episoder såsom mange års beskæftigelse på den samme arbejdsplads og venskaber tilbage fra barndommen. Folk der får konstateret en sygdom, som fx diabetes, og konfronteres med det årsagsbegreb, som risikoberegninger er baseret på, får denne biografiske fortælling brudt op. Udover at diabetes er en livslang tilstand, finder den nyligt diagnosticerede ud af, at sygdommen kan have eksisteret i mange år forud for diagnosen. Dette påvirker ikke blot individets opfattelse af fortiden, men også forståelsen af fremtiden modificeres (39). Viden om risiko kan på den vis rykke ved menneskets grundlæggende fornemmelse af fortid og fremtid.

I meget af den fremkomne litteratur om lægmandsperspektiver anskues risiko som et brud på livets kontinuitet – en forstyrrelse der er associeret med noget negativt. Risiko kan dog også fortolkes ud fra en mere positiv vinkel. I det tidligere fremhævede australsk/engelske studie tolkes det at tage risici også som en livsbekræftende aktivitet. Én af interviewpersonerne udtaler: *“Well, personally, I think that life would be pretty dull without risk.”* (46). At tage risici giver mulighed for at prøve grænser af og styrke fornemmelsen af kontrol over følelsesmæssige og kropslige reaktioner. Frivillig risikotagning er med andre ord en måde at realisere sig selv på – en form for identitetsarbejde. Interviewpersonerne forbinder endvidere risiko med chancer i livet – måske går det godt, måske gør det ikke. Ikke at tage chancer eller risici opfattes som at stå stille, og risikotagning forbindes derved med bevægelse og fremskridt i livet. En kvinde beskriver det således: *“I’m not saying there are things out there you shouldn’t do, but if you don’t take a risk in your life somewhere along the way, I don’t think you’ll*

¹⁴ Rådgivning af raske personer med fortilfælde af kræft i familien, hvilket omfatter en vurdering af deres sygdomsrisiko. Personen har mulighed for at få foretaget en gentest, der kan afgøre vedkommendes genetiske disposition for at bære en given kræftform (55).

get anywhere. I think you'll just stay put." (46). Frem for at udgøre en trussel, kan risiko og dertil knyttede usikkerheder og tilfældigheder anskues som et grundvilkår i livet. I forhold til sundhed kan det at ryge eller at spise for fed mad betragtes som en chance, man tager her i livet, for til gengæld at opleve en øget grad af livskvalitet og selvbestemmelse.

I dette perspektiv er risiko ikke nødvendigvis noget individet forsøger at undgå, men tværtimod opsøger og engagerer sig i. En amerikansk antropolog illustrerer dette gennem en fortælling om en græsk mand, der på grund af mange års alkoholforbrug har fået en dårlig lever, og dermed har øget risiko for at dø. Til trods for denne viden viderefører han det liv, som han hidtil har levet, fordi han ikke vil lade den forestående dødsdom ændre på, hvem han er, og hvordan han lever sit liv. Risikoen for at dø indgår således i et identitetsarbejde og en konstituering af selvet (56). Eksemplet illustrerer, at den grundlæggende eksistentielle usikkerhed ved livet ikke nødvendigvis er noget individet forsøger at opnå kontrol med, men at en åbenhed overfor denne usikkerhed kan være at foretrække, specielt når fremtidsudsigterne er nedslående (57).

3.5 Forståelser af sygdom og sundhed

Viden om risiko kan også have indflydelse på vores grundlæggende forståelser af sygdom og sundhed. Via forskellig tests er det muligt at afgøre, om en person har forhøjet risiko for at få helbreds-mæssige problemer. Sådanne tests, og de deraf afledte risikoprofiler, kan give individet indirekte instruktioner om, hvordan kroppen skal fortolkes (10). Formidlingen af risici kan lede til ændringer i livsstil, men kan også skabe angst og bekymring hos den enkelte (1, 58, 59). En i udgangspunktet rask person tvinges til at forholde sig til videnskabelige resultater, der måske indikerer, at vedkommende biologisk set er syg, selvom han/hun ikke føler sig syg. Et dansk studie illustrerer fx, at en kvinde, der via en knoglemineralmåling får konstateret knogleskørhed og dermed har forhøjet risiko for brud, tvinges til at forvalte en risiko, som har været usynlig for hende, og som hun ikke har erfaret kropsligt. Hidtil har kvinden opfattet sig selv som rask, men da hun præsenteres for testresultaterne, tvinges hun til at revurdere sin opfattelse af sig selv fra at være rask til at være usynlig syg eller halvsyg. Herved mister hun tilliden til sin egen fornemmelse for sit helbred (8). Risikokommunikation kan således stemple folk som syge (15), og præsentationen af risiko kan komme til at fremstå som en diagnose.

Eksemplet fra litteraturen illustrerer, hvordan viden om risiko kan afstedkomme et skred i opfattelsen af, hvornår man er henholdsvis syg og rask, og kan skabe usikkerhed om kroppens evne til at indikere dens sundhedsmæssige tilstand (14, 60). Information om risiko kan på den vis være med til at forme individers erfaringer med sundhed og sygdom. Sundhedsrisici's usynlige karakter betyder, at individet ofte må sætte sin lid til medicinske og videnskabelige institutioners fortolkninger af risikoens betydning og implikationer (27). Med risikoberegninger bliver helbred efter vores vurdering ikke kun erfaringsbaseret, men også et vidensbaseret fænomen.

3.6 Opsamling

Lægpersoners vurdering og opfattelser af risiko er samlet set et komplekst og multifacetteret fænomen. Lægpersoners risikoopfattelse og -viden udgør ikke en fikseret mening, men er en bestemt anskuelsesmåde, som løbende skabes ved at forholde medicinsk viden om risiko til egne værdier, viden og erfaringer, hvorved viden om risiko inkorporeres i en hverdagssammenhæng. Risikokommunikation er dog med til at skabe en generel forståelse blandt lægpersoner om, at de er ansvarlige for deres egen sundhed, men dette ansvar håndterer de på deres egen måde og ud fra egne kriterier.

Information om risiko kan udgøre en stærk fortolkningsmæssig ramme for individets selvforståelse – herunder opfattelser af slægt og livsbiografi – ligesom risikokommunikation kan ændre ved individets forståelse af sygdom og sundhed. Samtidig har individets konkrete livssituation og livsform betydning for, hvad individet vurderer som væsentligt her i livet, herunder hvor højt sundhed prioriteres i forhold til andre livsforhold. Bl.a. derfor vil nogle mennesker vurdere bestemte budskaber om risiko som ugyldige, være tilbageholdende med at foretage livstilsændringer samt være mindre tilbøjelige til at undersøge den foreliggende information nærmere. Andre tager budskaberne om risiko ind, og gør sig store anstrengelser for at leve sundere og skaffe mere information. For en helt tredje gruppe af individer kan viden om risiko danne afsæt for en selvrealiseringsproces og en konstituering af selvet, hvor usikkerhed accepteres som et grundvilkår for livet. Der findes således ikke entydige modeller eller spor for, hvordan information om risiko opfattes, tolkes og håndteres samt i hvilket omfang, det fører til konkrete livsstilsændringer.

Budskaber om risiko kan sjældent rumme de mange forskellige perspektiver på sundhed, som eksisterer i menneskers liv. Betydningen af budskaber om risiko i folks hverdag er ikke givet på forhånd, men skabes i konkrete livssammenhænge gennem en kreativ fortolkningsproces. Gennem denne proces skaber lægfolk viden om deres sundhed og eget liv. Dette fortolkningsrum mellem budskaber om risiko og menneskers levede liv må ikke udelades eller negligeres i risikokommunikationen, da det er her, mennesker på kreativ vis skaber mening med tilværelsen og de risici og chancer, livet byder på. Men de mange forskellige måder at fortolke og handle på risikoinformation skaber imidlertid en række udfordringer for kommunikationen af risiko. Hvordan skal man fx kommunikere risiko på en måde, så folk ændrer adfærd? Selvom lægpersoner ofte tolker information om risiko anderledes end formidlerne af informationen havde håbet på, så er det ikke ligegyldig hvilken information, der formildes, og hvordan formidlingen foregår. I de følgende to kapitler vil vi se nærmere på de udfordringer, som findes i kommunikationen af risiko i sundhedskampagner og i mødet mellem patient og sundhedsprofessionel. Vi starter med at se på, hvordan kommunikationen af risiko via sundhedskampagner skaber bestemte forståelser af og praksisser omkring sundhed og forebyggelse.

4 Massemedieret risikokommunikation

Landsdækkende sundhedsoplysende kampagner¹⁵ – ofte formidlet gennem massemedier – er en udbredt måde at kommunikere information om risici til en bred del af befolkningen. I november 2004 gennemførte Sundhedsstyrelsen – i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Astma-Allergi Forbundet – fx kampagnen »*Passiv rygning koster liv – sig nej til tobaksforurennet luft*«. Kampagnen havde til formål at øge omfanget af røgfri miljøer i det danske samfund og derved begrænse borgernes udsættelse for passiv rygning (61). Via forskellige mediespots og informationsmateriale søgte Sundhedsstyrelsen at øge vidensniveauet og skabe debat om passiv rygning. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside informeres bl.a. om de sundhedsmæssige risici ved at være passiv ryger, herunder at kvinder og mænd – der udsættes for passiv røg – har henholdsvis 20% og 30% øget risiko for at få lungekræft (62). HjerneSagen kører også en kampagne, der har til formål at få flere danskere til at gå til lægen for at få målt deres blodtryk og dermed forebygge blodpropper i hjernen. På hjemmesiden kan man – ved at udfylde et skema – få en indikation på, hvor stor risiko man har for at få en blodprop i hjernen (63). Sundhedskampagner som disse har til formål at påvirke befolkningen til at ændre livsstil.

De budskaber, som formidles via sundhedskampagner, synes umiddelbart at være enkle og konkrete. Det er vigtigt for initiativtagerne bag sundhedskampagner at trænge igennem mediebildet og samtidig appellere til en så bred del af målgruppen. Budskabet i Sundhedsstyrelsens kampagne om passiv rygning er klart og entydigt at få folk til at sige fra overfor passiv rygning (61). Forud for en sundhedskampagne sker der imidlertid en udvælgelse og simplificering af viden med det sigte at påvirke modtagernes risikovurdering på en bestemt måde (64). Men ved at sætte fokus på noget bestemt leder sundhedskampagner opmærksomheden væk fra andre sundhedsaspekter og øvrige emner – både på det sundhedsmæssige og sociale område (15, 64). Ved at fokusere på passiv rygning fjerner Sundhedsstyrelsens kampagne for en periode opmærksomheden fra andre potentielle sundhedsskadelige påvirkninger såsom for fed kost, overforbrug af alkohol mv. Ved at afsætte puljemidler til projekter med fokus på bestemte sygdomme eller forebyggende tiltag er de centrale myndigheder med til at præge, hvilke sundhedsmæssige risici der fokuseres på¹⁶. Spørgsmålet er imidlertid, ud fra hvilke kriterier og rationaler der afsættes offentlige midler til et bestemt område og ikke til et andet. Selv klare budskaber og forsøg på at gøre kommunikationen af risiko mere præcis ændrer således ikke ved, at budskaber om risiko formidlet via sundhedskampagner i én eller anden forstand vil være politisk prægede og dermed værdiladede (64).

4.1 Præsentation af risikotal i sundhedskampagner

Præsentation af risikotal i en sundhedskampagne har betydning for kampagnens overordnede budskab. Den samme sandhed kan præsenteres, så den kommer til at fremstå enten risikofyldt eller sikker (64). Eksempelvis kan risikoen ved rygning hos mænd præsenteres ved at fremhæve, at der er 43% *risiko* for at dø som 35-69-årig (sammenlignet med 15% for ikke-rygere). Samme viden kan også præsenteres helt anderledes ved at fremhæve, at *chancen* for at overleve som ryger i samme aldersgruppe er 57% (mod 85% for ikke-rygere)¹⁷. Forskellige perspektiver på den samme viden kan resultere i vidt forskellige vurderinger af den samme risiko, ligesom det har betydning, hvilke øvrige tal eller forhold der sammenlignes med og hvordan. Forudgående beslutninger om, hvordan informationen om risiko fremhæves og hvordan den frames, er med andre ord med til at give informationen en bestemt mening (15, 64). Til en vis grad er det derved muligt at lede modtagernes vurderinger af risici i en bestemt retning. Det er fx påvist, at brugen af skræk i sundhedskampagner kan være et effektivt virkemiddel overfor nogle målgrupper – især overfor personer, der i forvejen overvejer adfærdsskift (67).

Information om risici i sundhedskampagner vil ofte have en skræklignende karakter – risikotal præsenteres sjældent som chancer, men derimod som risiko for sygdom og død. Brugen af information om risiko i sundhedskampagner rejser således nogle etiske spørgsmål. I hvilket omfang kan det fx forsvares at præsentrere informationen om risici på en bestemt måde med henblik på at opnå bestemte sundhedsfremmende effekter? Er det fx anstødeligt at trykke billeder af for tidligt fødte børn og tjærebefængte lunger uden på cigaretpakker-

¹⁵ Sundhedsoplysende kampagner defineres ud fra fire karakteristika: a) Der skal være defineret et effektmål, b) målgruppen skal være af en vis størrelse, c) tidsrummet kan være mere eller mindre afgrænset og d) en række kommunikationsaktiviteter skal være organiseret (49).

¹⁶ Der har bl.a. været afsat puljemidler til projekter, der beskæftiger sig med implementering af rygestopaktiviteter, ligesom der er afsat 20 mio. kr. til projekter, der bl.a. fokuserer på opsporing af patienter med type 2-diabetes (65, 66).

¹⁷ Tallene stammer fra et prospektivt studie blandt mandlige læger i England født i 1920'erne (41).

ne, eller kan det forsvares med, at sådanne billeder er den mest effektive metode til at få folk til at ændre adfærd?

En tilgrænsende problematik i forhold til præsentationen og udvælgelsen af risici er dels, at der kan være mange konkurrerende afsendere, der formidler risikobudskaberne, herunder patientforeninger, medicinalindustrien, videnskabelige selskaber mv. Dels kan der mellem og internt blandt formidlerne af risikobudskaber være uenighed om konkrete risici's betydning. I Australien har der været debat om den formodede sammenhæng mellem kolesterolniveauet i blodet og risikoen for hjertesygdomme og dertil knyttede anbefalinger om at spise fedtfattigt. En række videnskabelige studier – specielt et studie af finske forretningsmænd – rejste tvivl om den påståede sammenhæng, hvilket resulterede i overskrifter som: *“A healthy lifestyle might be the death of you”* og *“Cutting cholesterol can kill you”* modsvaret af overskrifter som: *“Still hearty reasons for cutting cholesterol”* og *“Experts dismiss Finnish cholesterol study”* (27). Kontroversen skabte usikkerhed om de sundhedsprofessionelles budskab om, at årsagerne til hjertesygdomme er relativt kontrollerbare, og hjertesygdomme derfor er mulige at forebygge. Som vi også fremhævede i forrige kapitel, kan sådanne modstridende oplysninger i medierne være med til at underminere det forebyggende budskab i kommunikationen af risiko.

Tilsvarende har der i USA tilbage i 80'erne været forskellige kontroverser om kommunikationen af kostvansers betydning for risikoen for at udvikle kræft. Konkret blev der i et videnskabeligt tidsskrift publiceret et epidemiologisk studie, der antydede, at kaffedrikning kunne øge risikoen for at få kræft i bugspytkirtlen. Resultaterne blev formidlet til og viderebragt i en række nyhedsaviser. I den efterfølgende debat blev der imidlertid stillet spørgsmålstejn ved, om grundlaget for resultaterne var tilstrækkelig sikre til at blive formidlet til en bred del af befolkningen (68). Det kan opfattes som falsk alarm at formidle usikre resultater med fare for, at offentligheden vender det døve øre til, og at der skabes forvirring blandt de sundhedsprofessionelle. Spørgsmålet er, hvornår usikre resultater, der potentielt set kan have store implikationer for den offentlige sundhed, skal formidles? Og hvordan skal foreløbige resultater, der måske kun viser nogle overordnede tendenser, formidles til offentligheden? Hvis det er et krav, at viden om risici kun må formidles, når alle usikkerhedsmomenter er eliminerede, vil offentligheden formentlig ikke få kendskab til meget epidemiologisk risikoforskning. Og hvis ikke information om risiko formidles kan det opfattes som tilbageholdelse af vigtig information fra offentligheden (15).

4.2 Vinklingen af budskaber om risiko

Massemedierne har stor indflydelse på, dels hvilke emner der bringes på dagsordenen, dels hvordan konkrete historier vinkles og præsenteres (52, 69). Dette kan i sig selv spille en afgørende rolle for, hvordan lægpersoner vurderer de formidlede risici. Et amerikansk studie dokumenterer, at særligt TV-mediet påvirker lægpersoners vurderinger af deres personlige risiko for at få en hjertesygdom, AIDS eller lide skade af rygning eller miljømæssige faktorer (50). Massemediernes formidling af budskaber og sundhedsmæssige risici har således et styringsmæssigt potentiale, fordi de kan påvirke den individuelle sundhedsopførsel ved at 'angribe' de holdninger og opfattelser individers sundhedsadfærd er baseret på (53).

Der er ikke nødvendigvis en lige linje mellem, hvordan folk vurderer potentielle risici præsenteret i medierne, og hvad de faktisk bekymrer sig om i hverdagen (70). Men de budskaber om risiko i relation til specifikke sygdomme og sundhedsproblemer, som fremhæves i medierne, kan efter vores vurdering være med til at definere, hvilke sundhedsmæssige risici individet skal forholde sig til og tage ansvar for. Eksempelvis opfordres ikke-rygere i Sundhedsstyrelsens kampagne om passiv rygning til at tage ansvar for deres egen sundhed og sige fra overfor røgen. På samme vis kan mediebudskaberne påvirke de sundhedsprofessionelle til at fokusere på bestemte risikofaktorer forstærket af pres fra offentligheden og politikerne. Mediernes formidling af budskaber om risiko kan på den vis være dagsordensættende for, hvad der er vigtigt at forholde sig til både som lægperson og sundhedsprofessionel.

4.3 Ansvarliggørelse af individet

Som nævnt i afsnit 2.3 kan risikokommunikation betragtes som en styringsform, der medvirker til at skabe selvforvaltende individer. Denne styringsform kommer også til udtryk i sundhedskampagner. En analyse af oplysningskampagner på ernæringsområdet viser fx, hvordan der i pjecer fra Statens Husholdningsråd i perioden 1970 til 1985 fokuseres på den individuelle risikobeslutning i forhold til livsform og madvaner. Individets ansvar for egen sundhed er dermed i fokus. Hvor mangelfuld ernæring i tidligere kampagner blev

problematiseret¹⁸, fokuserer pjecerne fra 1970 og frem i stedet på frygt for udvikling af en række sygdomme samt på risikoen for sundhedsskadelige virkninger af industrifremstillede fødevarer. Hvor tidligere oplysningskampagner gav konkrete kostanvisninger, lægger nyere pjecer fra Statens Husholdningsråd op til, at individet selv må vurdere og håndtere de mulige risici knyttet til kost og madvaner. Individet etableres på den vis som et risikostyrende subjekt – et slags 'privat ernæringspoliti' (71).

Det er vores opfattelse, at litteraturen om risikokommunikation via sundhedskampagner på flere punkter udtrykker, at god risikokommunikation handler om at skabe selvforvaltende individer. I en række artikler fremhæves det fx, at en god og effektiv risikokommunikation bedst opnås ved at tage højde for og udgangspunkt i lægpersoners viden, bekymringer og erfaringer. Begrundelsen er bl.a., at det kan underminere budskabet, hvis man forsøger at manipulere eller tvinge folk til at ændre adfærd. Der lægges således vægt på, at kommunikationen af risici er en to-vejs proces, for så vidt det kan lade sig gøre at inddrage lægpersoners perspektiver i sundhedskampagner (44, 45, 64, 69, 72). Ifølge litteraturen lykkes risikokommunikation således bedst ved at tage udgangspunkt i lægmandsperspektiver på sundhed, hvilket vi tolker som en måde at appellere til individets ansvar for egen sundhed.

Det selvforvaltende aspekt viser sig også på anden vis. I litteraturen beskrives det fx som afgørende for lægpersoners accept af risici og handlevillighed, at den enkelte har en vis form for kontrol over de kommunikerede risici, at individet frivilligt har påtaget sig de givne risici, og at risiciene er velkendte for individet. Sådanne risici bliver opfattet som mindre risikofyldte i modsætning til risici, der er påtvunget og uvante for individet, og som den enkelte oplever at have begrænset kontrol over. De sidstnævnte former for risici efterlader individet i en situation med få handlemuligheder og manglende kontrol, og i litteraturen fremhæves det som en barriere for lægpersoners tilbøjelighed til ændre adfærd (50, 72). Det forekommer imidlertid paradoksalt, at netop de risici, som individet ikke har kontrol over, ofte forekommer som de mest skræmmende og alarmerende (64, 73). Skræmme-aspektet kan som tidligere nævnt netop fungere som et effektivt virkemiddel overfor nogle målgrupper (67), og de ukontrollable risici får ofte også stor opmærksomhed i medierne. Trods dette lægges der i litteraturen vægt på, at individet oplever at have en form for kontrol over de kommunikerede risici, og at en magtdeling mellem personer positioneret som henholdsvis lægfolk og sundhedsprofessionelle er central (72). Magtdelingen består fx i, at lægpersoner inddrages i vurderingen af risici og de beslutninger, som tages på baggrund af den foreliggende viden om risiko, og at den sundhedsprofessionelles autoritet gøres mindre fremtrædende. Denne såkaldte magtdeling understreger ansvarliggørelsen af individet, hvor ansvaret for egen sundhed og sygdom placeres hos individet.

Litteraturen anbefaler endvidere at fokusere kommunikationen på fordele frem for risici (44). I forbindelse med kampagnen '30 minutter om dagen', der sætter fokus på vigtigheden af at røre sig, overvejede Sundhedsstyrelsen, hvorvidt kampagnen skulle formidle et risiko-budskab eller et mere positivt budskab henholdsvis: »Det er farligt at lade være« eller »Du får det godt her og nu«. Sundhedsstyrelsen valgte at inddrage begge budskaber i kampagnen på baggrund af en pre-test, der viste, at målgruppen ikke forstod, hvorfor de skulle røre sig 30 minutter om dagen, når de blev præsenteret for det positive budskab (74, 75). Samlet set findes der således ikke et entydigt svar på, hvilke budskaber om risiko der er mest effektive i forhold til at opnå adfærdsændringer i befolkningen.

I litteraturen fremhæves tillid til de konkrete risikotal samt til formidlerne af budskaber om risiko (eksperter og institutioner) som afgørende for at skabe en succesrig kampagne. I forhold til at styrke lægbefolkningens tillid til de udregnede risikotal anbefaler litteraturen at gøre det gennemskueligt, hvordan tallene er fremkommet, samt at informere om de tilknyttede usikkerheder og variationer. En øget åbenhed og ærlighed omkring disse forhold anses som et middel til at styrke formidlernes og informationskildens troværdighed. Hvis ikke lægbefolkningen finder informationskilden troværdig, kan budskabet have den modsatte effekt end oprindeligt tiltænkt (43-45, 73, 76). Idéen om mere gennemsigtighed og inddragelse af lægbefolkningen afspejler en generel bevægelse væk fra paternalisme i forholdet mellem sundhedsprofessionelle og lægpersoner mod mere patient- og borgerinddragelse (20). Forestillingen om ansvarlige og selvforvaltende individer ser vi som et gennemgående træk i bestræbelserne på at skabe en effektiv risikokommunikation.

Udover ansvarliggørelsen af det enkelte individ, mener vi også, at der kan forekomme en ansvarliggørelse af andre. I Sundhedsstyrelsens kampagne om passiv rygning opfordres ikke-rygerne fx til at sige fra overfor rygerne og den passive røg (62). Budskabet om at sige fra er indirekte med til at placere et ansvar for andres

18 I perioden før (1953-69) var der i højere grad fokus på rationalisering omfattende en bevægelse væk fra vaner og traditioner hen mod den videnskabeligt funderede kostplan. Før det (1936-53) blev spisningen omtalt i økonomiserende termer, idet der blev fokuseret på at få så meget som muligt ud af de knappe ressourcer (71).

adfærd hos pårørende, bekendte og folk, der tilfældigvis er i samme lokale som en ryger (15). Det samme gør sig gældende for kampagner mod spritkørsel, hvor folk rådes til at tage nøglerne fra personer, der vil køre i spirituspåvirket tilstand (77). Risikokommunikation kan således også medvirke til at forme 'selvforvaltende andre', idet folk pålægges et ansvar for andres adfærd.

4.4 Risikokommunikation til specifikke målgrupper

Sundhedskampagner, som er rettet mod en bred del af befolkningen, er baseret på en idé om, at små forandringer kan skabe væsentlige ændringer i den overordnede sygelighed og dødelighed. I HjerneSagens kampagne vedr. blodprop i hjernen opfordres alle til at få målt deres blodtryk mindst en gang om året. Sådan er der mange andre sundhedskampagner, der har til formål at få folk til at deltage i screeningsaktiviteter og identificere dem, som vurderes at være i risiko for en bestemt sygdom.

Andre kampagner retter sig mod specifikke subpopulationer. Eksempelvis er Sundhedsstyrelsen – i samarbejde med to kommunikationsfirmaer – i færd med at udvikle en kampagne, der har til formål at reducere unge mænds risiko for at udvikle livsstilsproblemer (78). En sådan kampagne sigter mod en gruppe, der i særlig grad vurderes at have behov for livsstilsændringer. Hermed lokaliseres uhensigtsmæssig adfærd hos en bestemt befolkningsgruppe, og som nævnt i afsnit 2.1., udstikker det indirekte nogle normer for det gode og sunde liv. Kommunikation af risici i forbindelse med unge mænds livsstil er efter vores vurdering at definere, hvad der er henholdsvis en accepteret, normal adfærd og en uacceptabel, unormal adfærd. Sundhedsstyrelsens kampagne om passiv rygning er ligeledes med til at problematisere passiv rygning som noget, der opfattes som en normal og accepteret del af hverdagen og i samfundet som helhed¹⁹ (61). Sundhedskampagner fokuseret mod bestemte målgrupper kan således være med til at stemple og marginalisere livsstilssyndere forstået som personer, der fører en livsstil, der leder til sygdom og for tidlig død (49). Udvælgelsen af bestemte indsatsgrupper er ofte politisk initierede og affødt af statslige institutioners økonomiske prioriteringer. Staten spiller således en rolle i normalisering og ikke mindst anormaliseringen af specifikke grupper, som de defineres i kommunikationen af risici i sundhedskampagner.

4.5 Opsamling

På baggrund af den gennemgåede litteratur kan vi konstatere, at risikokommunikation via sundhedskampagner ikke er en værdineutral aktivitet, men derimod et moralsk og politisk projekt. Sundhedskampagner sætter fokus på noget bestemt og kan dermed lede opmærksomheden væk fra andre forhold. Præsentationen og vinklingen af risikotal kan spille ind på, hvordan risici fortolkes, og selv forsøg på at gøre formuleringer om risiko mere klare og forståelige leder stadig til vidt forskellige fortolkninger. Dertil kommer, at der i den offentlige debat kan være uenighed om konkrete risicis betydning, og det kan i nogle tilfælde være med til at underminere de forebyggende budskaber.

Det er en stående diskussion, hvorvidt massemedieret risikokommunikation kan føre til konkrete adfærdsmæssige ændringer. Medierne har dog en central rolle i forhold til at bringe forebyggelse og risikoforhold frem i debatten, og massemedierede sundhedskampagner kan på den vis være med til at sætte dagsordenen for, hvilke sundhedsmæssige risici individet skal forholde sig til og tage ansvar for. At skabe selvforvaltende individet ved at tage udgangspunkt i lægpersoners viden, erfaring og bekymringer og anvende en ikke-manipulerende tilgang bliver generelt fremhævet som væsentligt for at skabe en effektiv risikokommunikation. Endelig viser litteraturen, at sundhedskampagners fokus på bestemte målgrupper er med til at definere, hvad der er henholdsvis normale og anormale adfærdsmønstre.

Vi har nu beskæftiget os med sundhedskampagner som forum for risikokommunikation. Et andet væsentligt forum for kommunikation af sundhedsrisici er det kliniske møde, hvor patienter/borgere i regi af sundhedsvæsenet møder sundhedsprofessionelle ansigt til ansigt. Dette forum vil være omdrejningspunktet for næste kapitel.

¹⁹ Et kendetegn ved kampagnens medie-spots er, at der i forskellige situationer – hvor ikke-rygere udsættes for passiv røg – falder iltmasker ned fra loftet, som de ville gøre i et fly under en nødsituation (62).

5 Risikokommunikation i det kliniske møde

Et oplagt forum for forebyggelse og sundhedsfremme er mødet mellem patient og sundhedsprofessionel. Den praktiserende læge har en central funktion i det danske sundhedsvæsen. Det er ofte her patienterne først henvender sig med symptomer på sygdom, og den praktiserende læge og også praksissygeplejersker har derfor en enestående mulighed for at yde personlig rådgivning i relation til forebyggelse og sundhedsfremme (79). En stor del af indlæggelserne på de danske sygehuse kan desuden relateres til patienternes livsstil. Sundheden og måske endda livet står på spil for de indlagte patienter, hvorfor de kan være særligt motiverede for at ændre livsstil. Sygehuspersonalet har således også en unik mulighed for at tage livsstilsemner op og via saglig formidling om risikofaktorer sætte en holdningsbearbejdende proces i gang hos patienterne (80). Det nævnte fokus på patient- og brugerinddragelse udfordrer imidlertid den mere traditionelle rollefordeling mellem sundhedsprofessionel og patient. Patienten ser ikke nødvendigvis den sundhedsprofessionelle som en entydig autoritet, hvis viden og handlinger der ikke kan stilles spørgsmålstejn ved. Fra at tale om compliance²⁰ i relationen mellem sundhedsprofessionel og patient, er der i sundhedsvæsenet nu fokus på concordance²¹, hvor relationen mere betragtes som et partnerskab, og den sundhedsprofessionelles autoritet i interaktionen aftages (58). Et sådant partnerskab vil dog altid være præget af en generel asymmetri, fordi den sundhedsprofessionelle – i kraft af sin specialiserede viden og behandlingserfaring – har en overordnet position.

I kommunikation af risici skal den sundhedsprofessionelle balancere mellem på den ene side at respektere patientens autonomi til at tage selvstændige valg i forbindelse med livsstil og på den anden side at rådgive om mulige konsekvenser og risici ved en given livsstil, så patienten får mulighed for at træffe et informeret valg (36, 82). En række studier viser, at sundhedsprofessionelle i samtaler om risici forsøger at præsentere sig selv som rådgivere frem for autoritative figurer i erkendelse af, at det i sidste ende er patienterne, der kommer til at mærke effekten af de beslutninger, der træffes (83). Det kan imidlertid være en svær balancegang at rådgive uden at komme til at virke formynderisk (1). At give information om risici kan i sig selv opfattes som en påtvingelse til at handle på en bestemt måde, da information om risici netop ikke er neutral og objektiv, og derfor ikke efterlader patienten med et frit valg (25, 84). Dermed synliggør litteraturen om risikokommunikation i klinisk praksis en styringsform, hvor netop information om risiko og skabelse af et partnerskab mellem læge og patient bliver udgangspunkt for at lede patienten ind på en bestemt forebyggende eller sundhedsfremmende adfærd. Risikokommunikation i klinisk praksis er dermed ikke nødvendigvis udtryk for et skift fra compliance til concordance, men handler måske snarere om at skabe compliance gennem concordance.

Risikoberegninger og risikokommunikation er ikke kun rettet mod lægfolk, men har også betydning for sundhedsprofessionelles holdninger og handlinger. Et studie af forebyggelsessamtaler på et sygehus illustrerer, at læger og sygeplejersker – i bestræbelserne på at påvirke patienterne til at ændre sundhedsadfærd – også er underlagt en styringsform. De sundhedsprofessionelle skal formidle et etisk budskab omfattende en række værdier om sund adfærd. At formidle disse værdier på troværdig vis baseres på en idé om at fremstå som en rollemodel for patienterne (84). Styringen handler således ikke udelukkende om, at lægpersoner gør som sundhedsprofessionelle siger, men om at individer – uanset om de er lægpersoner eller sundhedsprofessionelle – styres af nogle underliggende antagelser om, hvad der er legitimt og ikke legitimt at gøre. Styringsaspektet kan på den vis anskues som et grundvilkår for alle. Nogle er imidlertid positioneret som autoriteter eller eksperter som fx sundhedsmyndigheder og sundhedsprofessionelle. Den konstante tilegnelse og forholden sig til viden om sygdomsrisici og tagen ansvar for eget liv kan desuden betyde, at lægpersoner bliver en slags 'eksperter' på deres egen sygdom. Bl.a. har patienter i stigende grad adgang til professionel og institutionel viden via web-sites og støttegrupper (58). Dikotomien mellem læg og lærd er således ikke entydig²².

20 Compliance-begrebet omfatter, hvor godt en patient følger eller efterlever den behandling, som lægen har igangsat (81).

21 Concordance omfatter en situation, hvor der er overensstemmelse mellem lægens og patientens opfattelse af sygdom og valg af behandling. Et eksempel på non-concordance er, at patienten føler, at han/hun skal tage medicinen for lægens skyld, og at patienten ikke accepterer nødvendigheden af at overholde det aftalte behandlingsforløb (81).

22 Dette er en omfattende diskussion, som vi ikke vil gå yderligere ind i her. I meget af den fremkomne litteratur beskrives lægfolk og professionelle imidlertid som forskellige mennesker, der har adskilte perspektiver på risiko. I denne rapport betragtes lægfolk og professionelle dog ikke som adskilte i den forstand, at de udgør bestemte befolkningsgrupper eller en afgrænset personkreds, men som værende forskellige tale-positioner.

5.1 Fortolkning af tal

Selvom det i et forebyggelsesperspektiv er ønskværdigt, så går der ikke nødvendigvis en lige linje fra at kommunikere sundhedsrisici til at ændre folks livsstilsadfærd. Viden om risiko er altid usikker og giver derfor ikke sikre og klare handlingsanvisninger for fremtiden. Desuden foregår der en fortolkning af information om risiko hos både den sundhedsprofessionelle og hos lægpersoner.

De sundhedsprofessionelle er formidlere af den epidemiologiske viden om risici, men selv de kan have svært ved at tolke de konkrete risikotal. Lægers vurderinger af risikotal og efterfølgende anbefalinger kan variere afhængigt af, hvordan tallene er angivet (1). Et studie blandt danske praktiserende læger viser fx, at lægernes anbefalinger i forbindelse med et forebyggende tiltag varierer afhængigt af, hvordan risikotalene blev præsenteret. En gruppe af lægerne fik information om effekten af det forebyggende tiltag – omfattende et lægemiddel, der kan forebygge for tidlig død – angivet som relativ risikoreduktion²³ formuleret på følgende måde: »*Præparatet reducerer risikoen for tidlig død med 50% efter 5 år.*« En anden gruppe læger fik informationen om effekten af det forebyggende tiltag formidlet som absolut risikoreduktion²⁴ formuleret således: »*Behandling af 1.000 personer i 5 år medfører, at 990 undgår død som følge af sygdommen i stedet for 980, hvis behandlingen udelades.*« En tredje gruppe læger fik informationen om effekten af det forebyggende tiltag formidlet som number-needed-to-treat (NNT)²⁵ formuleret således: »*Præparatet skal bruges af 100 personer i 5 år for at undgå ét dødsfald som følge af sygdommen*«, og en sidste gruppe blev præsenteret for alle tre risikoreduktionsmål. De forskellige mål beskriver den samme risikoreduktion, men de læger, der blev præsenteret for effekten af det forebyggende tiltag angivet som relativ risikoreduktion, var mere tilbøjelige til at anbefale behandling end læger, der blev præsenteret for den absolutte risikoreduktion, NNT eller fik oplyst de tre risikoreduktionsmål samtidig (32). Dette kan skyldes, at lægerne har erfaringer med at tolke de absolutte tal, hvorimod de har mindre erfaring med at tolke de relative tal og derfor overvurderer dem (85). Et studie blandt norske læger peger desuden på, at nogle læger – som det også var tilfældet med lægpersoner (jf. kap. 3) – anskuer behandlingseffekter opgjort i NNT som et lotteri. 36% af 1305 adspurgte norske læger vil ikke anbefale deres patienter en given behandling ud fra det argument, at kun 1 ud af fx 50 patienter har gavn af behandlingen, og det derfor vil være en forspildt indsats fra lægens side (86). Hvis man imidlertid ser på forebyggelse af kroniske og langsomt udviklende sygdomme som fx diabetes så betyder et NNT-tal på 10 ikke nødvendigvis, at de 9 ikke har noget ud af behandlingen. Selv om man samlet set efter fx 5 år kun har undgået ét dødsfald eller ét sygdomstilfælde, så kan behandlingen meget vel udskyde en given sygdomshændelse for samtlige 9 patienter i nogle måneder eller år, hvilket kan have stor betydning for den enkelte patient. De forskellige måder, den samme epidemiologiske viden om risikoreduktion præsenteres på, kan imidlertid have afgørende betydning for, hvordan sundhedsprofessionelle fortolker denne viden, og hvorvidt de vil anbefale en forebyggende behandling eller ej.

Hvis de sundhedsprofessionelle har vanskeligt ved at tolke tallene, kan det ifølge litteraturen skabe forvirring og forstyrre kommunikationen med patienten (28). Forskellige opgivelser af risikomål kan også influere på patienters vurdering af en konkret risikofaktor. Mange vil være villige til at modtage en medicinsk behandling, der kan redde 200 af 600 mennesker, der er truet af en sygdom. Færre vil tage den samme chance i forhold til en behandling, der kan reducere de forventede antal dødsopfre fra 600 til 400 (64). Selvom tallene udtrykker den samme risikoreduktion, så fremstår det mere positivt at fokusere på antallet af reddede menneskeliv frem for at fokusere på reducere af dødsopfre. I en artikel om risikokommunikation i almen praksis anbefales det at undgå at bruge risikotermer, der er positivt eller negativt ladet (9). Eksemplet fra kapitlet 3 om lægmandsperspektiver, hvor information om risiko kommunikerer som hhv. en lotterimodel (NNT) eller en udskydelse af en hændelse, illustrerer imidlertid, hvor vanskeligt det kan være at finde mål og tal, som ikke på én eller anden vis er værdiladet eller kan give nogle forkerte associationer. Når præsentationen af tal i sig selv kan være værdiladet, kan det være en meget vanskelig opgave at præsentere risikotal objektivt og neutralt. Tallenes betydning vil altid være omfattet af en fortolkningsproces. Sundhedsprofessionelles fortolkning af risikotal foregår desuden ikke i et 'epidemiologisk vakuum', men er påvirket af den sundhedsprofessionelles egne livserfaringer, tidligere uddannelse og personlige kliniske erfaringer med menneskers sygdom (87).

²³ Se fodnote 5.

²⁴ Se fodnote 6.

²⁵ Se fodnote 7.

5.2 Udvælgelse og præsentation af risikofaktorer

Der findes store mængder af viden om risiko, og den sundhedsprofessionelle skal beslutte, hvor meget og hvilken information, der skal gives: Skal der tages fat på alle tænkelige risici, de mest almindelige eller kun de vigtigste risici? Og hvordan afgør man, hvad der er den vigtigste risiko? Der kan være hjælp at hente. I forbindelse med forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom er der fx udarbejdet en kliniske vejledning til praktiserende læger, hvori der kan findes råd og vejledning til, hvordan en risikovurdering foretages, herunder risikovurderingsskemaer og henvisning til computerprogrammet Precard[®] som hjælperedskab (88). Sådanne redskaber kan hjælpe læge til at finde ud af, hvor han/hun skal sætte ind. Der kan dog være forskel på risikovurderingen alt efter hvilken beregningsmetode, de forskellige hjælperedskaber er baseret på (89). Om end sådanne redskaber kan give lægen nogle pejlemærker at gå efter, er lægen således stadig nødt til at foretage den endelige vurdering.

Det kan være nødvendigt at prioritere mellem konkurrerende risici, der peger i forskellige retninger og kan være i direkte konflikt med hinanden (90). Lægerne har ikke nødvendigvis entydige anbefalinger at holde sig til. I USA tilbage i 80'erne blev der fx givet forskellige statslige anbefalinger om kost. Én rapport konstaterede, at der ikke var tilstrækkelig videnskabelig basis for at give specifikke kostråd, mens en anden rapport vurderede, at der var basis for kostanbefalinger. Forfatterne bag den første rapport blev kritiseret for at være for stringente i deres standarder for videnskabelige beviser, mens forfatterne til sidstnævnte rapport blev anklaget for ikke at have tilstrækkelig evidens for at drage deres konklusioner (68). I mange situationer vil det således være op til de sundhedsprofessionelle selv at vurdere, hvilke risikofaktorer, der er tilstrækkelig belæg for at videreformidle til patienterne.

Som det også er tilfældet i forbindelse med sundhedskampanjer, foretager den sundhedsprofessionelle en selektering og en fokusering af den foreliggende viden om risici, og på baggrund af de foretagne valg og fravalg kan den sundhedsprofessionelle lede opmærksomheden hen på bestemte forhold, mens andre risikoforhold og problematikker lades ude af fokus. Den sundhedsprofessionelle træffer ikke nødvendigvis et bevidst valg om at lede patienten i en bestemt retning, men der er et styringsmæssigt aspekt forbundet med at fremhæve noget viden frem for noget andet, da det potentielt set kan påvirke lægpersoners vurderinger og handlinger (64). I formidlingen af viden om risiko indgår der også overvejelser om, hvordan de givne risici skal kommunikeres til det enkelte individ, som måske har nogle særlige problemstillinger, der skal tages hensyn til (36). Der foregår således også en vurdering af relevans, samt hvorvidt kommunikationen af risici vil fremme sundheden eller måske kan skabe mere sygdom hos den enkelte (8).

5.3 Risikotal og det individuelle liv

Den epidemiologiske viden om risici er baseret på information om populationer og subpopulationer. I den forstand siger denne form for viden intet om, hvad der vil ske for den konkrete patient, som sidder i konsultationen. Den sundhedsprofessionelle ved ikke, hvilke individer, der udvikler en given sygdom, og hvilke der ikke gør – dette gælder også for patienter, som er i højrisiko for at udvikle den pågældende sygdom (9, 87). Dette forhold udgør en stor udfordring i kommunikation af risici, da det enkelte individ forståeligt nok er interesseret i at vide, om netop han/hun bliver syg eller ej (28). I samtalen med en patient, må den sundhedsprofessionelle således forsøge at præsentere de epidemiologiske risikosandsynligheder, så de henvender sig til og giver mening for patienten i den situation, han eller hun befinder sig i. Den sundhedsprofessionelle fungerer med andre ord som navigator mellem den epidemiologiske verden og lægpersoners hverdagsverden.

Risici kommunikeres ofte som kvantitative mål. Men ligesom sundhedsprofessionelle kan have svært ved at tolke tallene korrekt, kan lægpersoner – jf. kap. 3 – ligeledes have svært ved at forstå forskellige risikotal og afgøre, hvilken betydning tallene har for dem som enkeltindivider. En udfordring i kommunikationen af risici er således at formidle tal på en måde, der også er forståelig og giver mening for lægpersoner²⁶. Det handler ikke kun om at forklare, hvad tallene viser, men også om at kommunikationen bygger på et sprog og på ord, som både sundhedsprofessionel og lægmand er enige om fortolkningen af, så den intenderede mening kommer til udtryk (37).

26 Dette er en generel pointe, som også gør sig gældende i forhold til kommunikere risici via massemedierne, som var omdrejningspunktet for forrige kapitel. Her er der imidlertid valgt at tage udgangspunkt i relationen mellem personer positioneret som hhv. sundhedsprofessionel og lægmand.

De samme ord eller begreber kan fortolkes forskelligt og have divergerende betydninger for henholdsvis sundhedsprofessionelle og lægpersoner. Bare ordet 'risiko' kan tillægges flere og helt forskellige betydninger. I hverdagssprog kan risiko betyde fare, chance eller et dristigt foretagende. I et teknisk sprog refererer risiko til en konsekvens eller en påvirkning fra fx miljømæssige faktorer, og risiko kan også referere til en finansiell eller forsikringsmæssig usikkerhed. Mange af de ord, som anvendes omkring risiko, såsom nul-risiko, sandsynlighed, signifikans, sammenhænge osv. kan ligeledes opfattes vidt forskelligt (28, 64, 91). Med afsæt i litteraturen er det derfor vores vurdering, at det er væsentligt, at den sundhedsprofessionelle forsøger at forstå, hvordan lægpersoner opfatter de ord og begreber, som anvendes i kommunikationen af risici.

Nogle patienter foretrækker og forstår bedst kvalitative beskrivelser af numeriske sandsynligheder, mens andre helst vil have de konkrete tal. De kvalitative beskrivelser har den fordel, at der anvendes almindelige ord, som synes at være alment kendte. Fx kan en vurderet sandsynlighed på 90% for at få en given sygdom formuleres som, «du vil sandsynligvis få sygdommen», eller «du vil højst sandsynligt få sygdommen». Omvendt er de kvalitative beskrivelser ikke knyttet til specifikke kvantitative niveauer og kan dermed forekomme upræcise (36, 52). Derfor anbefaler andre, at information om risiko formidles i nøjagtige numeriske termer (92, 93). Men selv formidlingen af tal, der i udgangspunktet synes objektive og præcise, er ikke uproblematisk. En simpel ændring af det numeriske format kan som tidligere fremhævet ændre både sundhedsprofessionelles og lægfolks præferencer for henholdsvis at anbefale eller vælge ét handlingsforløb frem for et andet (32, 36). Viden om risici og formidlingen af risikotal er med andre ord ikke en neutral og simpel overførsel af information. Der vil altid være tolkninger og værdimæssige vurderinger knyttet til kommunikationen af risici.

5.4 Skabelsen af helbredsviden

Risikokommunikation handler ikke kun om, at sundhedsprofessionelle og lægpersoner kommer med hver deres viden funderet i forskellige sfærer. Der skabes også viden i selve mødet. Via kommunikationen med patienten, har den sundhedsprofessionelle mulighed for at få bedre indsigt i den enkelte patients livsstilsadfærd og kan på den baggrund korrigere patientens risikoprofil og justere sine handlingsanvisninger herefter (69, 82). Patienten kan samtidig få korrigeret eller opdateret sine forestillinger om, hvilke risici, der kan blive en realitet for ham/hende, og herved få reduceret eller øget oplevelsen af usikkerhed. Dialogen kan herved skabe et fælles vidensgrundlag, som har betydning for, hvad der bliver sagt, og hvordan det sagte bliver fortolket i den konkrete situation (37, 83).

I samtalen mellem sundhedsprofessionel og lægperson udveksles perspektiver på risiko og forebyggelse. Dette ses fx i et svensk studie af 28 mænd, der har fået tilbudt et helbredstjek hos en sygeplejerske, fordi de har, har haft eller muligvis vil udvikle for højt kolesterolniveau i blodet (10, 59, 94). Der er foretaget test-resultater forud for helbredssamtalen, og disse resultater udgør et væsentligt omdrejningspunkt under samtalen, hvor tallenes konkrete betydning diskuteres og forhandles. Sygeplejersken orienterer sig primært mod de øvre grænseværdier – fx for kolesterol – i sin rådgivning. Hun er fokuseret på, om mændenes test-resultater placerer sig over eller under nærmere definerede grænseværdier. Men selvom flere af mændene har identiske kolesterolværdier, får de ikke nødvendigvis den samme information. Sygeplejersken omtaler en kolesterolværdi på 6.7 som 'under grænsen' overfor én af mændene (grænseværdien er defineret til 6.8), mens en anden mand får at vide, at han med en værdi på 6.7 ligger 'temmelig højt'. Sygeplejersken foretager her en individualisering og modificering af test-resultaterne på baggrund af en vurdering af den enkeltes testresultater og almene tilstand. Mændene har et andet fokus på de konkrete test-resultater. De er mere interesserede i at få en indikation på, hvad idealet eller et middelforhold omfatter. De orienterer sig med andre ord mod, hvad det normale er, da det giver bedre mening for deres konkrete livssituation og hverdag. Samtidig giver nogle af mændene udtryk for, at de angivne grænseværdier ikke nødvendigvis er relevante for fortolkningen af deres egne test-resultater. én af mændene fremhæver bl.a., at et test-resultat, der vurderes at være unormalt, kan være normalt for ham (10, 59, 94). Dette illustrerer efter vores opfattelse, at der i den konkrete situationen pågår en fortolkning og forhandling om, hvad det er væsentligt at fokusere på, og hvad der henholdsvis er normalt og ikke-normalt, sundt og usundt, risikofyldt eller ej.

Ligesom de enkelte aktørers fortolkninger af risici har betydning for, hvorledes kommunikationen forløber, kan formålet med og konteksten for en samtale have indflydelse på, hvordan en samtale om risici formes. Konkrete samtaler med kvinder, der på baggrund af kræfttilfælde i familien, har søgt genetisk rådgivning, viser, at der tales meget eksplicit om risici, og disse risici konkretiseres i forhold til den enkelte kvinde (59, 95). Her er risici imidlertid også en del af hele formålet med samtalen, og kvinderne har opsøgt en specialist for at få rådgivning om risikoen for arvelig kræft. Situationen er en ganske anden i de ovenfor nævnte

helbredssamtaler med mænd. Risici bliver her omtalt i implicite termer. Sygeplejersken er forsigtig med at give eksplicite advarsler eller råd, især i forhold til følsomme emner som mændenes alkoholforbrug – dette til trods for at flere af mændene har indberettet et højt forbrug. Sygeplejersken modificerer således informationen om risiko, hvilket kan skyldes, at samtalerne med mændene kredser om risici, som potentielt set er selvforskyldte, idet de knytter sig til mændenes livsstil (59, 91). Den omtalte ansvarliggørelse af individet bliver dermed ikke italesat. Sygeplejersken siger ikke til mændene, at deres høje kolesteroltal måske er et resultat af deres måde at leve på, og at de må tage ansvar for deres egen sundhed. Sygeplejersken bestræber sig i stedet på at skabe en god relation til patienten (94), og skyld og ansvar kan i den sammenhæng være et følsomt emne at tage op. Men selvom ansvarliggørelsen af individet ikke bliver eksplicit fremhævet, er det stadig et underliggende tema i helbredssamtalen.

Der kan ligeledes være mange andre faktorer, som spiller ind på, hvorvidt risici omtales implicit eller eksplicit. Er patienten fx allerede i højrisiko eller ej? Hvor tæt på vurderes risikoen at være i tid? Hvor meget tid er der sat af til samtalen? Hvad er årsagerne til de omtalte risici? Hvor meget har patienten selv mulighed for at påvirke det fremtidige risiko-niveau? Og hvilke kulturelle normer eksisterer for at tale om fx alkoholforbrug eller arvegang (91)? Sagt med andre ord sætter konteksten for risikokommunikation rammerne for samtalens indhold og form.

5.5 Opsamling

Litteraturen om kommunikation af risici i det kliniske rum viser, at talbaserede oplysninger om risici, og måden, hvorpå de præsenteres, kan have en betydning for, hvad sundhedsprofessionelle vælger at anbefale deres patienter, og dermed hvilken retning samtalen tager. Allerede inden mødet med patienten foregår der en selektering i den foreliggende viden om risiko, hvori der indgår overvejelser om relevans og faren for at skabe unødigt bekymring. Og i det konkrete møde mellem sundhedsprofessionelle og lægfolk opstår en fortolkningsproces, hvori viden om og betydning af risici skabes. Viden om bestemte sundhedsrisici er med andre ord en viden, som er indlejret i en særlig sammenhæng, hvor noget værdisættes som vigtigere end noget andet. I den forbindelse er det vigtigt at erkende, at en hvilken som helst informationsgivning ikke er værdi-neutral, men altid indlejres i en moralsk horisont, hvor nogle adfærdsmønstre omtales og fremhæves som bedre end andre. Viden om risici er således ikke kendsgerninger, der eksisterer uafhængigt af dem, der véd, men er derimod viden fra en særlig position og rettet mod noget bestemt. Set fra dette perspektiv er ønsket om at afgive neutral information og respektere patienters autonomi derfor ikke 'magtfri', men udgør en særlig styringsform, som blandt andet sigter på at skabe ansvarlige selvforvaltende individer.

En stor udfordring for den sundhedsprofessionelle i mødet med patienten er at formidle den populationsbaserede information om risiko, så den giver mening for det enkelte individ. Epidemiologisk viden omfatter aldrig den konkrete patient, hvorfor den sundhedsprofessionelle i samtalen med patienten skal navigere mellem den epidemiologiske verden og lægpersoners hverdagsverden. I denne proces har den sundhedsprofessionelle mulighed for at individualisere budskabet om risiko. Dette indebærer, at information om risiko kan få karakter af en diagnose, og at konkrete handlingsanvisninger kan bringes på banen. I modsætning til den form for envejskommunikation, som benyttes i sundhedskampagner, er der i mødet mellem mennesker mulighed for at udveksle viden og perspektiver, og dermed tage højde for divergerende opfattelser af og holdninger til sundhedsrisici. Indsigt i forskellige rationaler og handlinger i relation til sygdom og sundhed kan skabe større forståelse for, hvad der forekommer relevant for individet og dennes hverdagsliv. Det kræver imidlertid, at der i kommunikationssituationen reelt er tid og rum til diskussion og udveksling af perspektiver.

6 Diskussion og perspektivering

I de foregående kapitler har vi set på, hvordan lægpersoner fortolker og håndterer risiko, samt hvilke udfordringer, der ligger i kommunikationen af risiko via sundhedskampagner og i mødet mellem sundhedsprofessionel og lægpersoner. Vi vil nu diskutere nogle af de overordnede problematikker omkring risikokommunikation, som denne rapport fremhæver.

Viden om risiko søger at begrebsliggøre fremtidige muligheder på baggrund af epidemiologisk viden. Denne viden er i sin natur altid usikker og flertydig, fordi risikoberegninger aldrig vil kunne forudsige, hvad der sker i den enkeltes liv, men udelukkende udsige en sandsynlighed baseret på statistiske beregninger. Viden om risiko forekommer endvidere usikker, dels fordi betingelserne for at udregne en given risiko hele tiden forandres, dels fordi den konstante produktion af viden om risiko betyder, at det enkelte budskab ofte modsiges af andre budskaber baseret på nye videnskabelige undersøgelser. Billedet af det risikolandskab, der skal navigeres i, kan derfor forekomme uklart og i konstant forandring. Risikokommunikation kræver derfor, at man tager stilling til og vurderer de konkrete risici størrelse og betydning, hvad enten man er politiker, sundhedsprofessionel eller almindelig borger. Dette er en fortolkningsproces, hvor viden om risici betydning skabes og forhandles både i medierne, indenfor sundhedsvæsenet, i relationer mellem læg og professionelle og i individers dagligdag. Vi kan derfor konstatere, at kommunikationen af risici ikke styres af bestemte mennesker eller institutioner. Mange forskellige perspektiver udtrykkes i kommunikationsprocessen, og magten til at forme bestemte handlingsregimer gennem risikokommunikation er således en relationel størrelse. Som vi ser det, pågår der en vedvarende definitorisk kamp og forhandling om risikoens sande væsen i det offentlige rum. Risici skabes og formes med andre ord i kommunikationsprocessen.

Kommunikationen af risici kan efter vores vurdering aldrig blive en simpel og neutral formidling af information. Som det fremgår af litteraturgennemgangen indlejres viden om risiko i bestemte forståelser af, hvad der er relevant at vide, og hvad man skal gøre i lyset af den konkrete viden. Med viden om risiko kommunikerer værdier om, hvad der udgør det gode, normale liv, ligesom spørgsmål om skyld og ansvar i relation til helbred er en del af kommunikationsprocessen. Risikokommunikation er derved en styringsform, som udstikker implicite normer for, hvordan kroppen skal fortolkes, og hvordan mennesker skal agere for at leve et sundt liv. Information om risiko vil således sjældent kunne formidles på en objektiv måde. Lige meget hvordan formidlingen af information om risiko foregår, vil den have moralske og politiske implikationer. Efter vores vurdering er de præsenterede risici derfor ikke et eksakt billede på verden, men et bestemt blik på verden ud fra et særligt perspektiv.

Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse bidrager til et stadig voksende fokus på sundhed som en ultimativ værdi for menneskets tilværelse. Herved kan risikokommunikation potentielt set aflede opmærksomheden fra andre områder af den menneskelige eksistens såsom psykisk velvære og velfungerende sociale relationer. I kraft af det øgede fokus på risiko og risikovurderinger er sundhed blevet en metafor for selv-kontrol, selvdisciplin, selvfornægtelse og viljestyrke (15). Risikokommunikation er derved med til at redefinere, hvad det gode liv omfatter. I grove træk er der en bevægelse væk fra livsnydelse og -udfoldelse mod disciplin og konstant årvågenhed overfor, hvordan man lever sit liv. Samtidig flyttes fokus fra eksterne forholds betydning for sundheden mod individet – sundhed er blevet en individuel sag og et individuelt ansvar. Det er vores vurdering, at risikokommunikation understøtter en idé om, at individet kan vælge mellem sundhed og sygdom gennem livsstilsvalg, og at det er individets egen skyld, hvis han/hun bliver syg. Som litteraturstudiet viser, er dette dog ikke et frit valg. Det rationelt tænkende autonome individ, som træffer beslutninger i et værdifrit univers, er en illusion. En række sociale og kulturelle faktorer er med til at sætte rammerne for, hvordan vi mennesker lever. Bl.a. er kostvaner ofte knyttet til traditioner og bestemte kulturelle værdier, som man socialiseres ind i.

Det er vores vurdering, at risikobegrebets indbyggede kausalitetstankegang og forestillinger om kontrol tvinger individet til at tænke i bestemte baner, nemlig at forholde sig til risici og på den baggrund vurdere risikoens betydning i en konkret livssammenhæng. Selv det at afstå fra at forholde sig til risikofaktorer er indirekte en stillingtagen. Som litteraturstudiet viser, foregår der en vedvarende fortolkningsproces, hvor mennesker relaterer budskaber om risiko til egne erfaringer, forståelser og livshistorie. Det er vores opfattelse, at risikokommunikation er med til at skabe en udbredt forståelse hos langt de fleste borgere om, at de er ansvarlige for egen sundhed. Men hvad den enkelte borger opfatter som ansvarlig adfærd er absolut ikke bestemt af information om risici. Fx kan ansvar for egen sundhed ikke blot være ensbetydende med at spise sundt, men kan handle om at etablere et velfungerende familieliv og skabe mulighed for social udfoldelse. De styringsmæssige aspek-

ter, som budskaber om risiko rummer, danner altså ikke entydige forståelser af ansvar og skyld. I konkrete livssammenhænge forhandles og udfordres de sundhedsbudskaber, som udtrykkes med risikokommunikation. Litteraturstudiet viser, at der ikke findes klare modeller for, hvordan information om risiko tolkes og håndteres, og hvordan risikokommunikation kan føre til adfærds- og livsstilsændringer. Både skræk og belønning kan fungere som virkemiddel, men hvad der virker på hvem og hvordan, afhænger i sidste ende af, hvordan risikoen integreres i individets selvopfattelse og hverdagsliv.

Yderligere skaber det rum for fortolkning, at viden om risiko ikke kan forudsige det enkelte menneskes liv. Tvetydigheden i budskaberne om risiko rummer mulighed for at kunne tænke sig selv som den, der aldrig bliver syg trods et forbrug på 20 cigaretter om dagen. Som litteraturstudiet viser, er den forebyggende livsstil ikke det eneste perspektiv i det enkelte menneskes liv, som fremtiden tænkes med. Selvom mange mennesker søger at begrænse eksistensen af farer i deres liv, er den eksistentielle usikkerhed et livsvilkår, som ikke kan kontrolleres med statistiske beregninger og sund levevis. Risiko kan også være led i et identitetsprojekt og en selvrealiseringproces. Risiko kan anskues som en chance, der ikke nødvendigvis skal kontrolleres, men derimod skal udfordres og udledes. Derfor vil der altid eksistere adskillige og forskellige perspektiver på ansvarlighed, sundhed og det gode liv.

Litteraturen har givet gode eksempler på, hvordan lægfolk rekontekstualiserer viden om risiko, men den har ikke i særlig høj grad belyst den måde, hvorpå mange forskellige og ofte modsatrettede forståelser af risiko og helbred skabes i forskellige kontekster i den enkeltes liv. Fx er det almindeligt kendt, at patienter og sundhedsprofessionelle i det kliniske rum kan blive nok så enige om betydningen af en fedtfattig livsstil, men at patienten i en hjemlig sfære i relationer til familie og venner kan skabe helt andre rationaler om, hvad det gode liv indebærer. Studier, som ikke blot betragter den enkelte person som et individ med en bestemt risikoopfattelse, men i højere grad følger de samme mennesker i forskellige kontekster, vil kunne bibringe indsigt i de sociale processer, hvorigennem forskellige forståelser af risici skabes og får betydning i konkrete livssammenhænge. Sådanne forløbsstudier, der stiller skarpt på, hvordan perspektiver skabes i forskellige kontekster og relaterer sig til handling, vil kunne bibringe nyttig viden til institutioner og aktører, der i praksis beskæftiger sig med risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse.

Hvis vi kort skal sammenfatte de overordnede pointer i rapporten, vil vi fremhæve følgende:

- Risikoberegninger angiver statistiske sandsynligheder, som ikke kan sige noget om det specifikke individs fremtid. Men det er netop denne kobling mellem en statistisk sandsynlighed og det enkelte menneskes liv, som risikokommunikation drejer sig om, og som rejser store udfordringer for kommunikationsprocessen.
- Risikokommunikation er led i en styringsproces, som udstikker normer for, hvad der er normalt og unormalt, og er derved med til at definere noget som bedre og mere sundt end andet. Al risikokommunikation har i den forstand moralske og politiske implikationer.
- Gennem risikokommunikation ansvarliggøres den enkelte borger for sin egen sundhed, og borgerne tager også til dels ansvaret på sig. Men i den enkelte borgers liv er betydningen af dette ansvar kontinuerligt til diskussion og forhandling.
- Viden om risiko er ikke en fast, fikseret størrelse, men formes og fortolkes i mødet mellem sundhedsprofessionel og lægpersone samt i konkrete livssammenhænge. Denne fortolkning bliver udgangspunkt for skabelsen af mange forskellige perspektiver på, hvad der er en ansvarlig sundhedsadfærd.
- Risikoberegninger sigter på at kontrollere fremtidig fare, men i det enkelte menneskes liv er den eksistentielle usikkerhed ikke noget, som nødvendigvis skal minimeres og kontrolleres. Usikkerhed er et livsvilkår og udgør ikke nødvendigvis et onde.
- Risikokommunikation kan rykke ved nogle grundlæggende forståelser af sundhed og sygdom. Viden om risiko kan fremstå som en diagnose, der definerer et menneske som syg, selv om denne ikke kan erfare det kropsligt.
- Risikokommunikation via sundhedskampagner kan sætte dagsordenen for, hvad der betragtes som fare, hvem der er skyld i fare, og hvordan en fare undgås. Men der er ingen garanti for, at det fører til adfærds- og livsstilsændringer.
- Når sundhedsprofessionelle kommunikerer risiko til lægpersoner, skal de navigere mellem den epidemiologiske verden og lægpersoners hverdagsverden. Udfordringen er at rekontekstualisere den epidemiologiske viden, så den giver mening for individet.

Rapporten giver anledning til et par overordnede anbefalinger:

Frem for at tale om at gøre risikokommunikationen mere effektiv, kan det være mere frugtbart at synliggøre og gøre plads til den fortolknings- og forhandlingsproces, som er så central for at forstå information om risiko og kunne relatere den til det levede liv.

- I mødet mellem sundhedsprofessionelle og lægpersoner fordrer det mere tid og rum, så der kan udfolde sig en dialog og perspektiver kan udveksles.
- I forhold til sundhedskampagner kan det være givtigt at diskutere det konkrete budskab om risiko med repræsentanter fra den målgruppe, som kampagnen er henvendt til. Med udgangspunkt i input fra målgruppen kan initiativtagerne forsøge at variere den måde, de henvender sig til borgerne på. Men vigtigst er det, at initiativtagerne bestræber sig på at styrke deres troværdighed og tillid i befolkningen, da det er afgørende for, om folk overhovedet lytter til budskaberne og tager dem ind i deres hverdag.

Hvad enten det drejer sig om sundhedskampagner eller en konsultation i almen praksis er det vigtigt at erkende risikokommunikationens moralske og værdiladede karakter og gøre dette eksplicit i budskabet om risiko. Den sundhedsprofessionelle og formidlere af risici i øvrigt må erkende, at det ikke lader sig gøre at præsentere risikotal på en objektiv og neutral måde.

I kommunikationen af risiko vil der altid være en 'risiko' for at sygeliggøre og stemple folk, selvom det er intentionen at gøre dem sundere. I enhver form for risikokommunikation må man derfor overveje, om ønsket og håbet om at kunne ændre menneskers livsstil opvejer de potentielle negative aspekter ved at klassificere bestemte adfærdsmønstre og mennesker som 'forkerte'.

7 Referencer

1

Skolbekken JA. Risiko som begrep og utfordring i helsevesenet. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1996; 116(22):2673-6.

2

Regeringen. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundhed 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.

3

Iversen L. Forebyggelse og sundhedsfremme. In: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, editors. Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard Danmark, 2002:275-301.

4

Beck U. Risikosamfundet – på vej mod en ny identitet. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.

5

Giddens A. Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under sen-moderniteten. København: Hans Reitzels Forlag, 1996.

6

Giddens A. Modernitetens konsekvenser. København: Hans Reitzels Forlag, 1994.

7

Gifford SM. The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. In: Janes CR, Stall R, Gifford SM, editors. Anthropology and Epidemiology. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1986:213-46.

8

Reventlow S, Gannik DE, Hvas AC. Hvordan ser patienter risiko?. Ugeskrift for Læger 2002; 164(46):5376-9.

9

Hollnagel H. Explaining risk factors to patients during a general practice consultation. Conveying group-based epidemiological knowledge to individual patients. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1999; 17(1):3-5.

10

Adelswärd V, Sachs L. The meaning of 6.8: numeracy and normality in health information talks. Social Science and Medicine 1996; 43(8):1179-87.

11

Lauritzen SO, Sachs L. Normality, risk and the future: implicit communication of threat in health surveillance. Sociology of Health and Illness 2001; 23(4):497-516.

12

Lupton D. Risk and the ontology of pregnant embodiment. In: Lupton D, editor. Risk and sociocultural theory: new directions and perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1999:59-85.

13

Timm H. At have en krop og at være en krop. Grus 1997; 18(52):24-36.

14

Sachs L. Is there a pathology of prevention? The implications of visualizing the invisible in screening programs. Culture, Medicine and Psychiatry 1995; 19(4):503-25.

15

Guttman N. Public Health Communication Interventions: Values and Ethical Dilemmas. California: SAGE Publications, 2000.

16

Green J. Risk and misfortune. A social construction of accidents. London: UCL Press, 1997.

17

Koch L. Styring af genetisk risikoviden. Distinktion 2001; (3):45-53.

18

Luhmann N. Risiko og fare. In: Luhmann N, editor. Iagttagelse og paradoks. Essays om autopoietiske systemer. København: Gyldendal, 1994:155-201.

19

Nettleton S. Governing the risky self. How to become healthy, wealthy and wise. In: Petersen A, Bunton R, editors. Foucault, Health and Medicine. London: Routledge, 1998:207-22.

20

Asmussen V, Jöhncke S. Indledning: Perspektiver på brugere. In: Asmussen V, Jöhncke S, editors. Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik? Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2004, p. 9-38.

21

Sundhedsstyrelsen. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Fællesmål og handleplan 2002-2006. København: Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, 2002.

22

Petersen A. Risk, governance and the new public health. In: Petersen A, Bunton R, editors. Foucault, Health and Medicine. London: Routledge, 1998:189-206.

23

Rose N. Towards a critical sociology of freedom. An inaugural lecture given by professor Nikolas Rose 5 May 1992. London: Goldsmiths' College, University of London, 1992.

24

Rose N. The politics of life itself. Theory, Culture and Society 2001; 18(6):1-30.

25

Vallgård S. Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2003.

26

Douglas M. Risk and blame: essays in cultural theory. London: Routledge, 1994.

27

Lupton D, Chapman S. A healthy lifestyle might be the death of you: discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. Sociology of Health and Illness 2004; 17(4):477-94.

28

Jardine CG, Hrudey SE. Mixed messages in risk communication. Risk Analysis 1997; 17(4):489-98.

29

Bjerrum L, Hamm L, Toft B, Munck A, Kragstrup J. Kardiovaskulære risikofaktorer. Forskellig vurdering af læger og patienter. Ugeskrift for Læger 2002; 164(46):5382-6.

30

Bjerrum L, Hamm L, Toft B, Munck A, Kragstrup J. Do general practitioner and patient agree about the risk factors for ischaemic heart disease?. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2002; 20(1):16-21.

31

Geest TA, Engberg M, Lauritzen T. Discordance between self-evaluated health and doctor-evaluated health in relation to general health promotion. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2004; 22(3):146-51.

32

Nexø J, Gyrd-Hansen D, Kragstrup J, Kristiansen IS, Nielsen JB. Praktiserende lægers opfattelse af sygdomsrisiko og forebyggelse. Ugeskrift for Læger 2002; 164(46):5379-82.

33

Kristiansen IS, Gyrd-Hansen D, Nexø J, Nielsen JB. Number needed to treat: easily understood and intuitively meaningful? Theoretical considerations and a randomized trial. J Clin Epidemiol 2002; 55(9):888-92.

34

Kristiansen IS, Christensen PM, Nexø J. Vurdering af behandlingseffekt ved kroniske sygdomstilfælde. Er number-needed-to-treat det bedste effektmål?. Rationel Farmakoterapi 2003; 11:1-4.

35

Christensen PM, Brosen K, Brixen K, Andersen M, Kristiansen IS. A randomized trial of laypersons' perception of the benefit of osteoporosis therapy: number needed to treat versus postponement of hip fracture. Clin Ther 2003; 25(10):2575-85.

36

Bogardus ST, Jr., Holmboe E, Jekel JF. Perils, pitfalls, and possibilities in talking about medical risk. JAMA 1999; 281(11):1037-41.

37

Fox CR, Irwin JR. The role of context in the communication of uncertain beliefs. *Basic and Applied Psychology* 1998; 20(1):57-70.

38

Davison C, Smith GD, Frankel S. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health and Illness* 1991; 13(1):1-19.

39

Cohn S. Risk, ambiguity and the loss of control: How people with a chronic illness experience complex biomedical causal models. In: Caplan P, editor. *Risk revisited*. London: Pluto Press, 2000:204-25.

40

Lindbladh E, Lyttkens CH. Polarization in the reaction to health-risk information: a question of social position? *Risk Analysis* 2003; 23(4):841-55.

41

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328(7455):1519.

42

Rapp R. The Communication of Risk. In: Rapp R, editor. *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*. London: Routledge, 1999:53-77.

43

Renn O. Health impacts of large releases of radionuclides. Mental health, stress and risk perception: insights from psychological research. *Ciba Foundation symposium* 1997; 203:205-26.

44

Frewer LJ. Public risk perception and risk communication. In: Bennett P, Calman K, editors. *Risk communication and Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 1999:20-31.

45

Frewer L. The public and effective risk communication. *Toxicology Letters* 2004; 149(1-3):391-7.

46

Tulloch J, Lupton D. *Risk and Everyday Life*. London: SAGE Publications, 2003.

47

Ringgaard LW, Nissen SB, Nielsen GA. *Unges livstil og dagligdag* 2003. København: Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen, 2005 (MULD-rapport nr. 4).

48

Sundhedsstyrelsen. Seminar om unge mænd, sundhed og risiko – rapportering af resultater samt anbefalinger til videre forløb. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2004.

49

Jacobsen ET. Sundhedsoplysende kampagner – Kvalitative analyser af afsenderperspektivet og forskellige modtagerperspektiver. København: Dansk Sygehus Institut, 1996 (DSI rapport 96.02.).

50

Coleman CL. The Influence of Mass-Media and Interpersonal-Communication on Societal and Personal Risk Judgements. *Communication Research* 1993; 20(4):611-28.

51

Kahlor L, Dunwoody S, Griffin RJ, Neuwirth K, Giese J. Studying heuristic-systematic processing of risk communication. *Risk Analysis* 2003; 23(2):355-68.

52

Maibach E, Holtgrave DR. Advances in Public-Health Communication. *Annual Review of Public Health* 1995; 16:219-38.

53

Morton TA, Duck JM. Communication and Health Beliefs: Mass and Interpersonal Influences on Perceptions of Risk to Self and Others. *Communication Research*, 2001; 28(5):602-26.

54

Black WC, Nease RF, Jr., Tosteson AN. Perceptions of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87(10):720-31.

55

Svendsen MN. Sociale teknologier og livssammenhænge. Grus 2004; 25(73):30-45.

56

Malaby TM. Odds and ends: risk, mortality, and the politics of contingency. Culture, Medicine and Psychiatry 2002; 26(3):283-312.

57

Jenkins R, Jessen H, Steffen V. Matters of life and death. Managing Uncertainty. Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control. Copenhagen: Museum Tusculanum Press, 2005:9-29 (Critical Anthropology).

58

Candlin CN, Candlin S. Discourse, Expertise, and the Management of Risk in Health Care Settings. Research on Language and Social Interaction 2002; 35(2):115-37.

59

Adelswärd V, Sachs L. Risk discourse: Recontextualization of numerical values in clinical practice. Text 1998; 18:191-211.

60

Hvas L, Reventlow S, Tulinius C. Risiko for alle år 2000? Månedsskrift for Praktisk Lægegering 1997; 77:1819-30.

61

Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse. Passiv rygning koster liv. Sig nej til tobaksforurenede luft. StopNyt 2004; (8).

62

Sundhedsstyrelsen. Passiv rygning koster liv. Sig nej til tobaksforurenede luft.

http://www.sst.dk/Forebyggelse/Faglige_omraader/Tobak/Fakta_og_statistik/Passiv_rygning.aspx?lang=da

Sidst opdateret: 1-12-2004. Udskevet: 15-3-2005.

63

HjerneSagen. Beskyt din hjerne – få taget dit blodtryk. <http://www.blodpropihjernen.dk/kampagne/> Sidst opdateret: 1-1-2005. Udskevet: 10-3-2005.

64

Stern PC. Learning through Conflict: A Realistic Strategy for Risk Communication. Policy Sciences 1991; 24(1):99-119.

65

Blom A. Sundhedsstyrelsens rygestoppulje. StopNyt 2003; (1).

66

Sundhedsstyrelsen. Knap 20 mio. til 24 diabetesprojekter.

http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Planer_Indsatser/Diabetes/Tilskud_diabetesprojekter.aspx?lang=da

Sidst opdateret: 14-12-2004. Udskevet: 6-4-2005.

67

Jensen TM, Andersen NB, Olesen BR. Skræk som virkemiddel i sundhedfremmende kampagner. København: Sundhedsstyrelsen, Videns- og dokumentationsenheden, 2004.

68

Hilgartner S, Nelkin D. Communication Controversies over Dietary Risks. Science, Technology, and Human Values 1987; 12(3-4):41-7.

69

Alaszewski A, Horlick-Jones T. How can doctors communicate information about risk more effectively?. BMJ 2003; 327(7417):728-31.

70

Wilkinson I. News Media Discourse and the State of Public Opinion on Risk. Risk Management: An International Journal 1999; 1(4):21-31.

71

Christensen G, Andersen NÅ. Spisningens sygeliggørelse. Grus 1999; 20(59):23-44.

72

Rowan F. The high stakes of risk communication. Preventive medicine 1996; 25(1):26-9.

73

Bennett P. Understanding responses to risk: some basic findings. In: Bennet P, Calman K, editors. Risk communication and Public Health. Oxford: Oxford University Press, 1999:3-19.

74

Pedersen J. Den store pegefingert eller hvad?. <http://www.kommunikationsforening.dk/4340029> Sidst opdateret: 4-12-2003. Udskrevet: 16-3-2005.

75

Sundhedsstyrelsen. 30 minutter om dagen/ 2004.
http://www.sst.dk/Forebyggelse/Kampagner/Fysisk_aktivitet/30_minutter/30_minutter_2004.aspx?lang=da
Sidst opdateret: 9-12-2004. Udskrevet: 16-3-2005.

76

Garvin T. Analytical paradigms: The epistemological distances between scientists, policy makers, and the public. Risk Analysis 2001; 21(3):443-55.

77

Rådet for Større Færdselssikkerhed. Stop en spritbilist – gi' ham det røde kort.
<http://www.sikkertrafik.dk/object.php?obj=2c7000c> Sidst opdateret: 1-9-4 A.D. Udskrevet: 3-5-5 A.D.

78

HealthGroup. Kampagne for Sundhedsstyrelsen. <http://www.healthgroup.dk/Home.asp?Context=News&ContentID=185>.
Sidst opdateret: 1-3-2005. Udskrevet: 9-3-2005.

79

Olesen F, Lous J. Sygdomsforebyggelse i almen praksis. In: Goldstein H, editor. Sygdomsforebyggelse. Hverdag og visioner – 28 eksperter bud på forebyggelse i sundhedsfaglig sammenhæng. København: Akademisk Forlag, 2001:31-42.

80

Hammershøj E. Sygdomsforebyggelse i sygehusene. In: Goldstein H, editor. Sygdomsforebyggelse. Hverdag og visioner – 28 eksperter bud på forebyggelse i sundhedsfaglig sammenhæng. København: Akademisk Forlag, 2001:43-50.

81

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Den rationelle lægemiddelanvendelse. Medicintilskud og rigtig anvendelse af lægemidler. Betænkning afgivet af Indenrigs- og Sundhedsministeriets Udvalg om Medicintilskud. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004:191-212 (Betænkning nr. 1444).

82

Hollnagel H, Malterud K. Samtaler om risiko og helbredsressourcer i almen praksis. Ugeskrift for Læger 2002; 164(45):5225-9.

83

Myers G. Risk and Face: A Review of the Six Studies. Health, Risk & Society 2003; 5(2):215-20.

84

Dahlager L. I forebyggelsens magt. Distinktion 2001; (3):91-102.

85

Graff-Iversen S. Risiko som begreb og udfordring i helsevesenet. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1996; 116(22):2669-72.

86

Halvorsen PA, Kristiansen IS, Aasland OG, Forde OH. Medical doctors' perception of the "number needed to treat" (NNT). A survey of doctors' recommendations for two therapies with different NNT. Scand J Prim Health Care 2003; 21(3):162-6.

87

Reventlow S, Hvas AC, Tulinius C. In really great danger ... The concept of risk in general practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2001; 19(2):71-5.

88

Christensen B, Heebøll-Nielsen NC, Madsen LD, Lous J, Færgemann O, Stender S. Forebyggelse af iskæmisk hjertekarsygdom i almen praksis. 2 ed. København: Dansk selskab for almen medicin, 2002 (Klinisk vejledning).

89

Heebøll-Nielsen NC. Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom. Afprøvning af tre metoder til forudsigelse af risiko for udvikling af iskæmisk hjertesygdom. Ugeskrift for Læger 2002; 164(6):769-74.

90

Rodgers JE. Introduction of section: overarching considerations in risk communications: romancing the message. Journal of the National Cancer Institute Monographs 1999; (25):21-2.

91

Linell P, Adelswärd V, Sachs L, Bredmar M. Expert Talk in Medical Contexts: Explicit and Implicit Orientation to Risks. *Research on Language and Social Interaction* 2002; 35(2):195-218.

92

Kristiansen IS, Gyrd-Hansen D, Nexø J, Nielsen JB. The concept of risk: a comment to Reventlow and co-workers. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2002; 20(4):252.

93

Littenberg B, Nease RF, Jr. When numbers get serious. *Journal of General Internal Medicine* 1994; 9(5):295-6.

94

Adelswärd V, Sachs L. A nurse in preventive work – dilemmas of health information talks. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1996; 10(1):45-52.

95

Svendsen MN. The Space in th Gap. A Study of the Social Implications of Cancer Genetic Counselling and Testing. Copenhagen: Institute of Anthropology Copenhagen University, 2004 (PhD Thesis).

8 Forfattere

Rapporten er skrevet af junior projektleder, cand.scient.soc. Marie Brandhøj Hansen og projektleder, ph.d. i antropologi Mette Nordahl Svendsen
DSI Institut for Sundhedsvæsen
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Tlf.: 35298400

Projektmedarbejder, cand.scient.soc. Karen Kramhøft har i samarbejde med DSI's bibliotek og projektledere forestået store dele af litteratursøgningen- og udvælgelsen. Direktør, professor Jes Søgaard har forestået den interne kvalitetssikring af rapporten.

Bilag 1

Detaljeret beskrivelse af litteratursøgningen

Den litteratur, som anvendes i rapporten, er fremkommet dels ud fra forfatterens kendskab til eksisterende litteratur, dels gennem læse- og skrivefasen (citationsanalyse) og endelig via en mere systematisk litteratursøgning.

Den 'kendte' litteratur omfatter dels klassiske sociologiske tekster om risiko og risikosamfundet af henholdsvis Ulrich Beck, Anthony Giddens og Niklas Luhmann, dels konkrete etnografiske studier om risiko som et normsættende og handlingsanvisende fænomen af henholdsvis Judith Green, Viveka Adelsvård & Lisbeth Sachs, Sandra M. Gifford, Rayna Rapp m.fl.

I udvælgelsen af litteraturen fra den systematiske litteraturgennemgang har hovedsigtet været at finde litteratur, der omhandlede risikokommunikation i relation til forebyggelse og sundhedsfremme af livsstilsrelaterede sygdomme, både i kliniske sammenhænge og i offentlige kampagner. Samtidig har det være formålet at finde litteratur om, hvordan borgere erfarer risiko og fare. I litteratursøgningen har vi desuden fokuseret på risikokommunikation i vestlige lande, hvorimod problematikker i relation til risikokommunikation i udviklingslandene – om fx aids i Afrika – er sorteret fra. Udvalget af litteratur er foregået på baggrund af en gennemgang af titler og abstracts fra de artikler, der er fremkommet i den systematiske litteratursøgning.

Litteraturen om kommunikation af risiko i offentlige kampagner er primært hentet fra samfundsvidenskabelige litteraturdatabaser. I udvælgelsen af litteraturen har der særligt været fokus på artikler, der kunne belyse relationen mellem kommunikation af sundhedsmæssige risici og personlig adfærd og på sundhedskampagner som politiske fænomener af diskursiv karakter. Enkelte artikler med fokus på helbredsrisici på baggrund af miljøproblemer er inddraget, når de har kunnet kaste lys over generelle problematikker omkring kommunikation af risici til offentligheden.

Litteraturen om risikokommunikation i det kliniske rum er hentet fra både medicinske og samfundsvidenskabelige databaser. Der er i udvælgelsen lagt vægt på artikler, der omhandlede kommunikation af livsstilsrelaterede sundhedsrisici på tværs af særlige patient- eller befolkningsgrupper. Vi har ønsket at finde artikler, der både kunne være konkrete empiriske eksempler på, hvordan risikokommunikation tænkes og udøves i kliniske rum, og artikler der mere samfundsvidenskabeligt beskæftiger sig med karakteren af risikokommunikation. Enkelte artikler omkring kommunikation af risiko ved konkrete behandlinger, indgreb eller genetiske risici er inddraget, hvis de har kunnet belyse mere generelle problematikker om risikokommunikation.

Litteraturen om lægmandsperspektiver på risiko er fundet i artiklerne om risikokommunikation i det kliniske rum, samt i selvstændige artikler om emnet fra både medicinske og samfundsvidenskabelige baser. I udvælgelsen af litteratur til belysning af lægmandsperspektiver er der søgt efter artikler, der har sit primære fokus på individers tolkninger og perspektiver på sundhedsmæssige risici og farer.

Søgestrategi for den systematiske del af litteratursøgningen

Litteratursøgningen er foretaget i november og december 2004. Der er foretaget søgninger i både strukturerede og ikke-strukturerede litteraturdatabaser.

Søgninger i *strukturerede* databaser omfatter:

Medline 1996-2004 på følgende MeSH-termer:

- 1) explode 'Communication' / all AND explode 'Risk-Assessment' / all – i alt 1179 referencer
denne søgning er begrænset med søgning på følgende MeSH-termer:
 - AND explode 'Health-Behavior' / all – 35 referencer
 - AND explode 'Attitude-of-Health-Personnel' / all – 56 referencer
 - AND explode 'Patient-Acceptance-of-Health-Care' / all – 94 referencer
 - AND 'Physician-Patient-Relations' / all – 102 referencer.

I alt 287 referencer som alle er gennemgået.

Embase 1996-2004 på:

- 'risk communication' (fritekst) AND ('interpersonal-communication' / all OR 'doctor-patient-relation' / all subheadings) – 91 referencer
- risk communication (fritekst) AND 'patient-attitude' / all – 6 referencer.

I alt 97 referencer som alle er gennemgået.

Sociological abstract på:

- Risk-communication (kw) AND Health – 15 referencer
- Risk factors (de) AND Health – 152 referencer
- Social behaviour (de) AND Risk – 56 referencer
- Risk Assessment (de) AND (Health AND Communication) – 40 referencer.

I alt 263 referencer som alle er gennemgået.

Soc. Sci. Cit Index på:

- (Risk AND Communication) AND Health
- (Risk AND Communication) AND Public.

I alt 338 referencer som alle er gennemgået.

Nordisk litteratur er søgt i litteraturdatabasen:

SweMed på:

- Risk Assessment AND Communication(MeSH) – 9 ref
- 'Risiko' AND 'kommunikation' fritekst – 3 ref.

I alt 12 referencer som alle er gennemgået.

Søgninger i *ikke-strukturerede* litteraturdatabaser omfatter:

DANBIB fritekst på 'risiko kommunikation' og 'Risk Communication'. Ved søgningen fremkom kun engelske bøger om emnet (143) men ingen danske referencer.

Nedenstående tidsskrifter er søgt og gennemgået for relevante artikler og citationsanalyse:

Ugeskrift for Læger jan. 1995-dec. 2004

Søgt på Risiko OG kommunikation – 35 referencer

Månedsskrift for Praktisk Lægegerning jan 1991-dec. 2004

Søgt på risiko kommunikation (81 referencer). Derudover er stikordsregistret anvendt, hvorved der fremkom 1 artikel på stikordet 'risikoanalyse', 18 referencer på 'risikofaktorer', 62 referencer på forebyggelse. Ingen af de fundne artikler er inddraget i rapporten

Grus 1992-2004 (indexgennemgang): 2 artikler udvalgt til rapporten.

Distinktion 2000-2004 (indexgennemgang): 2 artikler udvalgt til rapporten.

Der er desuden søgt i følgende antropologisk tidsskrifter, da projektgruppen vurderede, at de kunne indeholde relevante artikler, og samtidig ikke var repræsenterede i søgninger i de strukturerede databaser.

Culture medicine and psychiatry 1997-2004

<http://web.mit.edu/dumit/www/cmp.html>

Søgning på ordet 'Risk' gav 11 referencer, som alle er gennemgået.

Medical Anthropology 1995-2004 (undtagen 1996; vol. 17(3))

<http://www.tandf.co.uk/journals/online/0145-9740.asp>

Indexgennemgang 1995-2001 samt søgning på elektronisk udgave 2002-2004 på ordene 'Risk' (4 ref.), 'Medicalization' (1 ref.), 'Health' (16 ref.), 'Patient' (6 ref.), 'Self reflectivity' (0 ref.) 'Self' (4 ref.).

I alt 31 referencer som alle er gennemgået – ingen var relevante for rapporten.

Medical Anthropology Quarterly – 1995-2004

<http://www.ucpress.edu/journals/3a/maq/>

Indexgennemgang 1995-2000 samt søgning på elektronisk udgave 2001-2004 på ordet 'Risk' (11 ref.), 'Health prevention' (0 ref.), 'Health promotion' (0 ref.), 'Medicalization' (4 ref.), 'Health practice' (0 ref.), 'Health' (45 ref.).

I alt 60 referencer som alle er gennemgået – ingen var relevante for rapporten.

Endelig er der foretaget citationsanalyse af den udvalgte litteratur for at sikre, at yderligere relevant litteratur blev identificeret.