

Organdonation - Hvorfor mangler vi organer?

Eksamensgruppe nr.: S2325625485
Projekttitlel: Organdonation - Hvorfor mangler vi organer?
Gruppens medlemmer: Emily Elisabeth Nim Riis, Nanna Lund Madsen og Natasha Signe Nielsen
Vejleder: Yvonne Barnholdt
Dato: 15/06/2023

Abstract	4
Indledning	4
Problemfelt	4
Forforståelse	5
Problemformulering	7
Underspørgsmål	7
Semesterbinding	8
Samfundsudvikling - debat om tilvalg eller fravalg	8
Videnskabsteoretiske udgangspunkt	8
Positivismen	10
Metode	11
TRIN-Modellen	11
Målgruppe	11
Kvalitative studier	11
Interview og Interviewguide	12
Dokumentstudie	14
Teori	14
Sundhedsteknologi og SCOT	14
Trin-modellen	16
Trin 1: Indre mekanismer og processer.	17
Trin 6: Drivkræfter og barrierer for udbredelse af teknologier	19
Dokumentstudie	26
Organdonations historiske og teknologiske udvikling	27
Danskernes holdning til organdonation igennem tiden	29
Analyse	32
Analyse af organdonation som sundhedsteknologi	33
Organdonations indre mekanismer og processer	33

Drivkræfter og barrierer for udbredelse af organdonation som sundhedsteknologi	40
Dokumentstudie af organdonation som sundhedsteknologi og den historiske udvikling.	44
Sammenligning af den tekniske/historiske udvikling med befolkningens holdning til organdonation	50
Analyse af Interview	53
Diskussion	56
Konklusion	57
Litteraturliste	58

Abstract

This bachelor project seeks to understand organ donation and its technological aspects through time in Denmark. This will be done through a document analysis and by using The TRIN-model. We also seek to understand a specific age group 15- to 19-years-old and their attitude towards organ donation. We approach this by interviewing young 15- to 19-year-olds in Denmark and compare their answers to our preconception inspired by a study from The Danish Center of Organ Donation.

Indledning

Hvert år dør mellem 10 og 40 mennesker, imens de venter på et nyt organ. Selvom Danmark har en positiv holdning til organdonation, er det kun 27% af danskerne, der er tilmeldt donorregistret. Aldersgruppen 17 til 19 år har i Danmark den laveste tilmeldingsprocent.

I denne opgave ønsker vi at undersøge, hvorfor aldersgruppen 17 til 19 år har den laveste tilmeldingsprocent i Danmark. Dette vil vi gøre i en tredelt analyse, hvor vi vil bruge TRIN-modellen til at analysere organdonation som en sundhedsteknologi og finde barrierer og drivkræfter i forhold til sundhedsteknologien.

Derefter vil vi undersøge den teknologiske og historiske udvikling inden for danskernes holdning til organdonationsområdet gennem en dokumentanalyse. Til slut vil vi analysere vores ti interviews af vores målgruppe og undersøge deres holdninger til organdonation.

Problemfelt

Organdonation er et stort forskningsområde, og i dette afsnit vil vi give et indblik i noget af den forskning, der er på området. Ved at undersøge forskningsområdet og dermed de forskellige problemfelter, har vi fundet inspiration til det problemfelt, vi selv har afgrænset os til.

Anja Marie Bornø Jensen skriver sig blandt andet ind i organdonationsemnet, med sin artikel “*Når døde børn er livets gave - Unisex moderskab og organdonation i USA*” (Jensen, 2008). Her sætter hun fokus på de støtteorganisationer, der er i USA, og hvordan de ofte er drevet af mødre til børn, de har mistet, hvor barnets organer er blevet doneret. Dette mener hun sætter en kønnet dagsorden, hvor mændene ofte bliver holdt fast i en bestemt kønnet rolle. I rapporten “*Dokumentationsrapport Spørgeskemaundersøgelse Nyorganisering af organdonation i Region Syddanmark*” (Boe, Bülow, Draborg, Mortensen og Linnet, 2010), omhandler rapporten et delprojekt, som skal være med til at fremme den positive holdning til organdonation og øge antallet af organdonationer. Dansk Center for Organdonation har på deres hjemmeside udgivet tal på, hvor mange danskere i forskellige aldersgrupper der er tilmeldt organdonorregistret (Dansk Center for Organdonation, u.å a.). Da vi kunne se, at aldersgruppen 15 til 19 årige kun havde 1% registrerede, undrede det os, og vi fik dermed en motivation til at undersøge, hvorfor tilmelding var så lav, da det var den laveste tilmelding af alle aldersgrupper. Med vores opgave og undersøgelse, skriver vi os ind i problemfeltet omkring tilmelding til organdonorregistret og hele debatten og dilemmaet om manglende organdonorer.

Forforståelse

Vi har fundet emnet organdonation spændende på baggrund af samfundsdebatten, om hvorvidt det at være organdonor skal være et aktivt til- eller fravalg.

Debatten lægger op til de samfundsmæssige problemstillinger, der opleves inden for organdonation, at der mangler mennesker i Danmark, som har registreret sig som organdonorer.

Vi har derfor undersøgt den nyeste og relevante viden omkring emnet igennem Sundhedsstyrelsen og Center for Organdonation. Disse instanser laver løbende undersøgelser, der omhandler både tilmeldingen til donorregisteret, og hvordan danskernes holdning til organdonation er.

Det er på baggrund af disse undersøgelser, at vores forforståelse for projektet er opstået, og vores problemformulering samt underspørgsmål er udarbejdet.

I en undersøgelse fra 2019 (Dansk Center for Organdonation, 2019), undersøger Dansk center for organdonation gennem kvantitative og kvalitative studier, hvad der skaber tvivl hos danskerne i forhold til tilmelding som organdonorer.

Her vil vi fokusere på de kvantitative studier.

Overordnet viser undersøgelsen, at tvivlen opstår pga. følelser af flere forskellige slags. Nogle af disse er bl.a. fordi døden kan være svær at forholde sig til, eller at de kan få en fornemmelse af at miste kontrollen af egen krop ved at tage stilling til døden. En af de ting som vi bemærkede ved undersøgelsen, var at mange af dem, de kalder tvivlere, ikke oplevede en norm i deres omgangskreds omkring det at tage stilling til organdonation. Det er ikke noget, der bliver snakket om, og de færreste tror, at deres nærmeste har taget stilling til dette. Udover dette viser undersøgelsen, ligesom med den fra Sundhedsstyrelsen, at der er mangel på information om de forskellige faktorer, som er relevante for organdonation. Hver syvende tvivler tilkendegiver, at de ikke stoler nok på lægerne, og der kan opstå misforståelser omkring, hvad hjernedød f.eks. er, og at dette ikke er det samme som koma (Dansk Center for Organdonation, 2019). Rapporten har fem overskrifter, som opsummerer undersøgelsens resultater om tvivlerne.

- *“De er positivt indstillet og mangler derfor ikke overbevisning om, at organdonation er en positiv ting.*
- *Det er vigtigt, at tvivlerne skal føle, at de stadig bevarer den kropslige integritet.*
- *Misforståelser og/eller mistillid til systemet skal aflives ved bedre og bredere information.*
- *Den sociale norm har en stor betydning for individets beslutning og der kan/skal derfor gøres opmærksom på, hvor mange der i virkeligheden har taget stilling.*
- *Døden kan være en svær størrelse og det at være positiv indstillet skal flyttes fra at handle om hvad individets død kan have af betydning og over til hvilke positive ting der følger med, at individet tager stilling”*

(Dansk Center for Organdonation, 2019, s. 13).

En undersøgelse fra 2021, lavet af Sundhedsstyrelsen, viser mange af de samme tendenser som disse fra Center for Organdonation. Undersøgelsen fra Sundhedsstyrelsen viser også, at aldersgruppen 15 til 17-årige skiller sig ud på flere parametre. Blandt andet skiller de sig ud,

når det kommer til den konkrete viden, de har omkring dødsriterierne, hvor kun 50% svarer ja til, at man er død, når hjernen er død, op imod de andre aldersgrupper, hvor 60-69% svarer ja (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 9).

Når det kommer til om aldersgruppen har taget stilling til det at være organdonorer, ligger de lavere. Her svarer 57% af aldersgruppen, at de har taget stilling til organdonation, op imod hver tredje dansker, som undersøgelsen ellers viser (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 12). Igen skiller de sig ud, når der bliver spurgt ind til, om de mangler information om organdonation, da det her er 2 ud af 3, der svarer ja, i forhold til de resterende som ligger på 25-37% (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 18). Dette kan også sættes op imod, at 10% af dem svarer, at de ikke har tilkendegivet deres holdning pga. deres alder, som kan give et indblik i, at de ikke har information nok og ikke ved, at de godt kan tilmelde sig på trods af deres alder (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 16).

I forhold til aldersgruppen 15 til 17-åriges manglende information om organdonation, ønsker halvdelen af denne aldersgruppe information via skole/uddannelsessted og fra de sociale medier, hvilket er markant højere end de øvrige grupper, som primært ønsker sig det igennem foldere fra div. steder som apoteket, borgerservice eller deres egen læge (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 18).

Udover selve undersøgelserne fremgår det af Dansk Center for Organdonations hjemmeside, hvordan fordelingen ligger af dem, der er tilmeldte. Her skiller aldersgruppen 15 til 19-årige sig ud, da der kun er 1%, der har tilmeldt sig donorregistret.

På baggrund af disse data, har vi derfor valgt at have ekstra fokus på den unge aldersgruppe i forhold til vores projekt (Dansk Center for Organdonation, u.å.a).

Problemformulering

Vi ønsker at undersøge organdonation historisk og som en sundhedsteknologi, samt undersøge hvorfor tilmeldingen i donorregistret for aldersgruppen 15 til 19 årige er så lav.

Underspørgsmål

- Hvilke indre mekanismer har sundhedsteknologien organdonation, og hvilke barrierer for udbredelse kan sundhedsteknologien have?
- Hvordan har teknologien påvirket den samfundsmæssige tilslutning til organdonation?
- Hvad er vores målgruppes holdning til organdonation?

Semesterbinding

Vores opgave har afsæt i de 3 dimensioner Design & Konstruktion (D&K), Subjektivitet Teknologi og Samfund (STS) og Teknologiske Systemer og Artefakter (TSA).

Vores opgave kigger via D&K på teknologien som en artefakt. Vi kigger på teknologiens design over tid, og hvilke rolle og betydning den har i den her problematik.

Derudover belyser opgaven igennem TSA, hvordan teknologiens system fungerer, og hvilke drivkræfter og barrierer der har været for udbredelsen af teknologien ved brug af en TRIN-analyse. Ved at inddrage dimensionen STS har vi kigget på, hvordan teknologien og samfundet hænger sammen. Dette har vi gjort ved at lave et dokumentstudie og inddrage teorien SCOT. Udover det har vi udført interviews af vores målgruppe for at forstå deres perspektiv ift. organdonation.

Samfundsudvikling - debat om tilvalg eller fravalg

I dette afsnit vil vi udfolde den samfundsudvikling, der er omkring organdonation.

I øjeblikket er der et borgerforslag, der omhandler aktivt fravalg som organdonor. Dette forslag er ikke nyt, men er et forslag, der har været oppe og vende af flere omgange.

Forslaget går på, at alle danske borgere automatisk bliver tilmeldt som organdonor, når de fylder 18 år. Hvis de ikke ønsker at være organdonor, skal de selv tage et aktivt fravalg og afmelde sig. Man bliver dog kun tilmeldt som 18-årig, hvis man ikke tidligere har tilkendegivet et valg (Folketinget, 2022-2023). Dette borgerforslag vil vi komme nærmere ind på i vores diskussion.

Videnskabsteoretiske udgangspunkt

Vi har valgt at arbejde ud fra en filosofisk hermeneutisk videnskabsteoretisk tilgang i dette projekt. Dette har vi gjort, da denne tilgangs epistemologi stemmer overens med vores eget ståsted i forhold til menneskers væren og gøren, da vi, i overensstemmelse med hermeneutikken, mener at forståelsen af virkeligheden og verden er subjektiv. Derudover ser vi, at der er en god forbindelse mellem det, vi ønsker at undersøge, og det den filosofiske hermeneutik kan bidrage med.

Den filosofiske hermeneutik er en videnskabsteori, som arbejder med at fortolke og forstå, hvordan individer tilskriver mening til og oplever fænomener.

Hermeneutikken mener, at virkeligheden ikke er objektiv, men bliver sammenfattet af forskellige forhold i individernes liv. Ved at have en hermeneutisk tilgang til vores projekt, forsøger vi at forstå vores målgruppe og fortolke deres ytringer og handlinger i forhold til det at være organdonor. Vi ønsker derfor også at forstå og fortolke på forholdene bag disse ytringer, som er det sociale, historiske og kulturelle, som ifølge hermeneutikken er det, der sammenfatter individernes virkelighed.

Ifølge hermeneutikken er forståelsen af fænomener og ting i verden individuelt for individerne, og dermed er det også individerne, der tillægger mening til disse (Kristiansen, 2017, s. 2-3).

Det er derfor vigtigt at forstå, at vi med vores projekt ikke kan sige noget om alle mennesker, men vi kan fortolke på de enkeltes ytringer.

Da hermeneutikken ikke arbejder ud fra en objektiv forståelse, er det også vigtigt at pointere, at vi, som undersøger emnet, heller ikke starter undersøgelserne ud fra et objektivt standpunkt (Juul, 2012, s. 124).

Problemformuleringen er skabt ud fra vores egen interesse for emnet, som er baseret på en forforståelse af emnet. Ligeledes er de undersøgelser, vi har gjort os i forbindelse med projektet.

I vores projekt arbejder vi også med det, der kaldes den hermeneutiske cirkel. Meningen med cirklen er, at vores forståelse for et emne er baseret på en cirkelstruktur. Enkelte aspekter og delelementer i projektet giver mening på baggrund af den betydning, de har overordnet set,

men den overordnede forståelse bliver også til ved at sammenlægge de enkelte aspekter og delelementer (Kristiansen, 2017, s 8). Her er vi som “forskere” en del af det, der fortolkes, og vi placerer os derfor inde i selve cirklen. På den måde udvides vores horisont altså også i takt med undersøgelserne (Juul, 2012, s. 126).

Vi har i projektet taget udgangspunkt i Kristina Tornbjerg’s teori om sundhedsteknologier (Tornbjerg, 2019). Teorien om sundhedsteknologi kan anskues som en socialkonstruktivistisk teori, men da denne og hermeneutikkens epistemologi og ontologi har mange sammenlignelige punkter, anskuer vi ikke dette som et problem for vores opgave.

Derudover tager projektet også udgangspunkt i undersøgelser lavet af Sundhedsstyrelsen om holdninger til organdonation. På baggrund af det forudgående arbejde, går vi ind i projektet med en forforståelse af, at organdonation er en positiv ting, og derfor noget der skal fremmes for vores målgruppe.

Vi har herfra valgt at udarbejde vores egne kvalitative undersøgelser, i form af interviews, for at skabe en dybere forståelse af netop vores målgruppe og ikke den brede befolknings holdning til emnet.

Vi søger i vores projekt ikke at finde en “sand” virkelighed eller forståelse, men en fortolkende forståelse af de individer vi interviewers ytringer til emnet.

Positivismen

Vi har valgt at inddrage den positivistiske tilgang, da vi argumenterer for, at det positivistiske paradigme er en stor del af den biomedicinske tilgang og en del af organdonation, som sundhedsteknologi, er påvirket af den biomedicinske tilgang.

Der findes flere måder at bruge det positivistiske paradigme på, hvad angår sundhed og sygdom. Det kan blandt andet være testforsøg og særligt tilfældige kontrollerede forsøg. Et eksempel kan være, at man kigger på karakteristika ved en sygdom, forudsiger dens forløb og forsøger at forudse udbredelsen af sygdomme i en population. Denne fremgangsmåde er et produkt af positivismen, hvor man forsøger at opnå en objektiv beskrivelse af sygdom og kroppen igennem videnskabelige metoder og kvantificering, det vil sige data som tal, som kan måles.

På baggrund af den biomedicinske forståelse af sygdom, anser man en patient som en fysisk eller mekanistisk enhed, som kan måles, kontrolleres og påvirkes.

Opfattelsen om objektiv, neutral og generaliserbar data placerer de fleste biomedicinske forskningsmetoder inde for rammen af et positivistisk paradigme (Broom & Willis, 2007, s. 21).

Metode

TRIN-Modellen

For at lave en analyse på organdonation som teknologi har vi valgt at bruge Trin-modellen. Vi har valgt at tage udgangspunkt i trin 1: Indre mekanismer og processer og trin 6: Drivkræfter og barrierer for udbredelse af teknologier, da det er disse, vi finder relevante for at kunne besvare vores problemformulering. Trinene bliver brugt for at skabe en bedre forståelse af teknologien.

Målgruppe

Vores målgruppe er udvalgt på baggrund af undersøgelsen i vores forforståelse, lavet af Dansk Center for Organdonation. Vi ønsker at forstå, hvorfor danske unge mellem 15 og 19 år har en lav tilmeldingsprocent. Det er på baggrund af dette, at vi har valgt at undersøge unge 15 til 19-årige gymnasieelever.

Kvalitative studier

Vi har valgt at tage udgangspunkt i kvalitative studier, da vi ønskede at interviewe vores målgruppe og få indblik i deres holdninger. Derudover har vi valgt at lave et dokumentstudie, hvor vi tolker dokumenterne og bruger dem til at forklare den historiske og teknologiske udvikling.

Kvalitative metoder er en måde at indsamle empiri på. Denne måde at samle viden på kan give et bredere perspektiv på ens forskningsemne og dermed et bedre resultat. Hvor de

kvantitative metoder lægger vægt på mængden af resultater, fokuserer de kvalitative metoder på at få dybden med (Kristensen og Hussain, 2019, s. 97).

Der er flere forskellige metoder til at indsamle kvalitativ empiri, men vi har valgt at bruge metoden interview, da vi mener, at det vil give os et godt indblik på unges meninger omkring organdonation og et dokumentstudie, der vil vise os udviklingen i danskernes holdninger omkring organdonation. Interview som metode er god at bruge, da den viden man får, er en personlig viden, som kun interviewpersonen har, og derfor vil den viden belyse emnet fra forskellige vinkler, alt efter hvad de har oplevet i livet (Kristensen og Hussain, 2019, s. 97-98).

Dokumentstudiet bruger vi til at analysere forskellige former for dokumenter, da det giver os en bedre forståelse for, hvordan forskellige medier kan påvirke forståelsen af en viden, hvor man skal være bevidst om forskellige aktørers baggrund og påvirkning (Kristensen og Hussain, 2019, s. 148).

Interview og Interviewguide

Til vores interviewspørgsmål har vi taget udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns tabel 7.1: Forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål.

Tabel 7.1 Forsknings spørgsmål og interviewspørgsmål



Figur 1 (Brinkmann og Kvale, 2009, s. 151-153.)

Tabellen viser, hvordan det kan være nyttigt at udarbejde to interviewguides, hvor den ene består af de forskningsspørgsmål, man gerne vil have besvaret, og den anden består af de interviewspørgsmål, som man gerne vil stille. Ofte er forskningsspørgsmålene mere teoretiske med faglige termer, hvor interviewspørgsmålene skal være i et dagligdagssprog, så alle kan forstå spørgsmålene.

Interviewspørgsmålene er altså en form for oversættelse af forskningsspørgsmålene, hvor et forskningsspørgsmål sagtens kan føre til flere end et interviewspørgsmål, der er relateret til forskningsspørgsmålet (Brinkmann og Kvale, 2009, s. 151-153). Vores forskningsspørgsmål tager udgangspunkt i Dansk Center for Organdonations fem overordnede emner i deres undersøgelse.

Vi interviewede 10 unge mennesker i alderen 17 til 19 år. Alle interviewpersonerne gik i gymnasiet og blev tilfældigt udvalgt på gaden eller på selve gymnasiet.

Forskningsspørgsmål: med **fed**

Hvorfor er der ikke flere registrerede donorer i alderen 15 til 19 år?

- Hvilke tanker har du omkring organdonation?
- Ved du hvad aldersgrænsen er for at tilmelde sig organdonation?
- Man skal være fyldt 15 år for at tilmelde sig, synes du at det er en god aldersgrænse og hvorfor?
- Er du tilmeldt som organdonor, hvis både ja og nej – hvorfor?

Kan organdonation være svært at snakke om blandt unge mellem 15 og 19 år?

- Synes du at det er svært at snakke om organdonation og døden, som jo er en del af at donere? Hvis både JA og NEJ – hvorfor?
- Synes du, at der er nok information om, hvordan organdonation fungerer?
- Hvordan kunne du ønske, at der kom mere information om organdonation?

Hvilken form for teknologi ligger bag organdonation?

- Ved du noget om, hvordan organdonation fungerer?
- Ved du hvor du skal lede efter information om organdonation?

Dokumentstudie

I et dokumentstudie er det vigtigt at kunne anvende dokumenter kritisk og reflekterende. Dokumenter kan både anskues som en ting, som kan anvendes til at dokumentere videnskabelige undersøgelser og give et indblik i den virkelighed, som dokumenterne beskriver. Kigger man på dokumenter som en handling, udgør dokumentation en praksis, der kan have indflydelse på, hvordan vi tænker og handler på politiske og sociale fænomener (Hussain og Kristensen, 2017, s. 125).

I vores opgave vil vi analysere vores dokumenter med henblik på at forstå de holdninger og tilgange, som aktørerne bag dokumenterne beskriver. Dette vil vi gøre samtidig med, at vi forholder os kildekritisk til dokumenterne og deres aktører bag. Vi vil dermed foretage en kritisk vurdering af dokumenternes troværdighed, autenticitet, repræsentativitet og betydning i forhold til den problemstilling, som vi undersøger.

Vi vil bruge dokumentanalysen til at forstå organisationens historiske perspektiv, sat op imod den teknologiske udvikling på området.

Teori

Sundhedsteknologi og SCOT

I dette afsnit vil vi redegøre for vores sundhedsforståelse i forhold til sundhedsteknologien organisation. Vi sætter særligt fokus på SCOT, da vi mener, at sundhedsteknologien er tæt påvirket af de mennesker, der bruger den.

Mennesker bliver i stigende grad konfronteret med teknologi, og det gælder især sundhedsteknologier. Tidligere var teknologi primært til stede på blandt andet store fabrikker, men nu er den blevet en del af menneskets hverdag og sundhed.

Et af teknologiens primære formål er at forbedre menneskers leveforhold. I takt med at teknologien udviklede sig, gik teknologi fra at være noget, der var en form for need to have og hen imod noget, der var nice to have. Det har altså bevæget sig fra at være et hjælpemiddel til at være et gode.

Hvis en teknologi bliver taget dårligt imod af en befolkning, er det ofte, fordi teknologien mangler et formål eller forsøger at løse et problem, der ikke eksisterer.

Dermed er der behov for, at mennesker tager ansvar for de teknologier, som vi udvikler.

Dermed bør sundhedsteknologiens formål være centreret omkring menneskets værdier, behov og tilstand. Kun sådan kan sundhedsteknologien gøre en positiv forskel for mennesket. For at kunne udvikle sundhedsteknologier, skal teknologien studeres, når den er i samspil med mennesker. Dermed får man en forståelse for brugerne, men også den virkelighed, hvor

teknologien skal opholde sig.

Disse betragtninger er en stor del af STS feltet, som vi vil komme nærmere ind på.

Science and Technology Studies (STS) er et forskningsfelt, der er optaget af forholdet mellem videnskab, teknologi og samfund, og hvordan disse er forbundet. Fra en overordnet STS betragtning, indgår teknologi i et netværk eller system, der er bestående af mange elementer, som alle har funktioner. Ikke kun mennesker og teknologi har en funktion, men også alt, der omgiver disse to enheder, har betydning.

De enkelte enheder påvirker hinanden, og hvis noget bliver ændret hos en enhed, kan det gå ind og påvirke andre dele i systemet.

Enkelte dele i dette system betragtes altså som en helhed, og der fokuseres ikke på enkelte dele i et system (Tornbjerg, 2019, s. 33-36).

I vores opgave har vi valgt at sætte fokus på Social Construction of Technology, forkortet til SCOT. Denne tilgang kan betragtes som socialkonstruktivistisk, og den har fokus på, at det sociale og teknologiske ikke kan adskilles.

Det teknologiske formes af det sociale. Brugere af teknologien har indflydelse på det i kraft af, at de bruger den. I den forbindelse er relevante sociale grupper, som er en samling af individer, der har samme mening om en teknologi. Disse grupper er medskabere af teknologien.

I SCOT har brugere af teknologien en stor rolle. Det er dem, der tillægger teknologien betydning, finder mening i brugen af teknologien og har holdninger til den. De er både medskabere i forhold til mening og brug af en teknologi, men også i forhold til et design af en teknologi. Disse meninger kan være forskellige fra gruppe til gruppe. Dermed kan flere forskellige grupper påvirke en teknologi forskelligt, hvis de for eksempel bruger teknologien forskelligt. Derfor skal en teknologi altid betragtes i den sammenhæng, den bruges i. Dette kaldes for fortolkningsmæssig fleksibilitet.

Når man kigger på fortolkningsmæssig fleksibilitet, er der to typer.

Den ene består i, at grupper tillægger den samme artefakt forskellig betydning uden at lade sig påvirke af funktionalitet, udseende, størrelse og andre faktorer. Artefakten vil altid kunne tolkes forskelligt i den sammenhæng, den indgår i.

Den anden type består i, at grupper påvirker artefaktens fysiske udformning, og dermed er artefakten lavet ud fra grupperes indflydelse på den. En artefakt kan for eksempel være udformet på baggrund af, at den skal kunne rumme flere grupperes input og behov. På baggrund af SCOT er det dermed vigtigt at se en sundhedsteknologi ud fra den sammenhæng, den er en del af (Tornbjerg, 2019, s. 39-42).

Trin-modellen

Vi har valgt at benytte os af TRIN-modellen i vores projekt, da vi ønsker at lave en analyse af organdonation som en teknologi.

TRIN står for **T**eknologi og **R**adikalt og **I**nkrementelt design i **N**etværk (Jørgensen, 2020, s. 2-3).

TRIN-modellen er skabt af tre lektorer på Roskilde Universitet, og tager udgangspunkt i litteratur fra Carl Mitcham's og Müller's definition på, hvad en teknologi er. Derudover inddrager modellen andre teoretikere som Walter Vinceti.

Modellen består af i alt seks trin, som kan benyttes til at lave en analyse af en given teknologi. Modellen skal dog ikke ses som en metode, hvor alle seks trin skal benyttes.

Ved at arbejde med modellen udvælges de trin, der findes relevante for netop den teknologi og det emne, analysen omhandler (Jørgensen, 2020, s. 6).

Trin 1: Indre mekanismer og processer.

Trin 1 i TRIN modellen omhandler de centrale mekanismer og processer, som er en del af den teknologi, der analyseres. Disse er altså dem, der er med til at opfylde den specifikke teknologis formål, som vi ønsker at undersøge.

Trinnet er inspireret af begrebet "teknologiers operationelle princip", som er udarbejdet af Walter Vinceti (Jørgensen, 2020, s. 34). Ifølge Vinceti selv er det operationelle princip kortfattet, hvordan teknologien fungerer (Vinceti, 1990, s. 208), og at alle teknologier har et operationelt princip. Dette tager trin 1 også udgangspunkt i. Vinceti omtaler dog teknologierne som et "device", i stedet for en teknologi.

Når der laves en analyse ud fra trinnet, er det vigtigt at forstå, at analysen skal redegøre for de

komponenter, der er med til at opfylde formålet med teknologien, og ikke behøver at redegøre for disse komponenters indre mekanismer og processer. En teknologi som bitcoin, hvor blockchain er en af de komponenter, der er med til at opfylde bitcoins formål, behøves der altså ikke nødvendigvis også at være en analyse af hashing's mekanismer og processer, men blot en forklaring på, hvad hashing gør, og hvordan det bruges i forhold til blockchain (Jørgensen, 2020, s. 36). Det er her nødvendigt at lave en vurdering af, hvor meget der er nødvendigt for at forstå komponenterne.

I forhold til Vincetis begreb, tilknytter han også to andre begreber, ”normal configuration” og ”normal design”, som en del af det operationelle princip.

”Normal configuration” er den generelle form og opbygning, hvor der er bred enighed i at dette, er den/de bedste valg for det operationelle princip, hvor ”normal design” er, når der allerede er et operationelt princip med en normal konfiguration, hvor teknologien inden for disse rammer forbedres (Vinceti, 1990, s. 209).

Årsagen til at trin 1 ikke blot hedder det operationelle princip, er at dette står i ental. I TRIN modellen ønskes der at arbejde med flertalsformen. Årsagen til at der ønskes at arbejde i flertalsformen, er at der lægges op til, at det kan diskuteres, hvad der er de centrale mekanismer og processer. Derudover ligger opdelingen med både mekanismer og processer op til de forskellige typer virkemåder en teknologi kan have. Mekanismer kan f.eks. være mest relevante, når der analyseres på noget, som er automatisk. Processer henvender sig derimod mere til en kontrolleret naturlig proces. Udover dette differentierer trinnet og Vinceti sig ved at netop ordet ”device”, som tidligere nævnt. Ordvalget kan nemlig lede til, at det der analyseres skal være apparat, hvorimod teknologi inddrager menneskelig viden og processer (Jørgensen 2020, s. 41).

I trin 1, er der også givet et sæt tommelfingerregler, som kan fungere som en guideline til, hvordan trinnet fungerer:

- “· *Indre mekanismer og processer handler om hvordan en teknologi virker.*
- *Nærmere bestemt handler indre mekanismer og processer om det eller de principper ved teknologien, som bidrager til at opfylde teknologiens formål.*

- *Da definitionen har fokus på teknologiens formål, kan en redegørelse for formålet være en vigtig del af beskrivelsen af indre mekanismer og processer.*
- *Man kan give forskellige beskrivelser af indre mekanismer og processer for den samme teknologi, da det i nogen grad er en vurderingssag, hvad der faktisk er væsentligt at fremhæve, og hvilket detaljeringsniveau man ønsker.*
- *Omfanget af en beskrivelse af indre mekanismer og processer kan gå fra ultra-kort [...]*
- *Man kan beskrive indre mekanismer og processer både for et helt produkt med en brugbarhed for mennesker (eksempelvis en flyvemaskine), for en stor og central komponent (eksempelvis en flyvinge) og for en lille bitte komponent (eksempelvis en nitte).*
- *En beskrivelse af indre mekanismer og processer (fx for et fly) vil ofte henviser til egenskaber ved en komponent (fx flyvinger), uden at komponentens egne indre mekanismer og processer forklares.*
- *En beskrivelse af indre mekanismer og processer kan både indeholde beskrivelser af artefakter (fx flyvinger), naturprocesser (fx forbrænding i en ovn) og menneskelig aktivitet (fx at slå en nitte fast) “*
(Jørgensen 2020, s. 42).

Trin 6: Drivkræfter og barrierer for udbredelse af teknologier

Trin 6 omhandler de barrierer og drivkræfter, som der kan være, når en ny teknologi kommer frem. Dette afsnit vil vi bruge til at undersøge, hvilke barrierer der kan være for udbredelse af organisation, og hvilke drivkræfter der kan være for udbredelse.

Diffusion er den proces, der opstår, når en innovation bliver kommunikeret i et socialt system og tid. Det er en speciel form for kommunikation, hvor målet er at beskrive en ny idé og få en fælles forståelse for den idé (Rogers, 2003, s. 5).

Princippet om at det er en ny idé, som diffusion omhandler, gør også, at der er en grad af usikkerhed involveret. Den usikkerhed kan bestå af for lidt information eller for lidt struktur i den nye idé (Rogers, 2003, s. 6).

De fire hovedelementer i en diffusionsproces består af en innovation, kommunikationskanaler, tid og et socialt system (Rogers, 2003, s. 10).

Vi vil hurtigt gennemgå innovation og kommunikationskanaler, og hvad de indebærer.

1: Innovation

En innovation er en idé, en praksis eller et objekt, der anses for at være nyt af en individuel person eller en større gruppe. Ønsket for disse mennesker er at tage den nye innovation til sig. Det er uden betydning om innovationen faktisk er ny generelt. Hvis innovationen føles ny for personen eller gruppen, der skal bruge den, så er det stadig en innovation.

Det er også muligt at en person eller gruppe har kendt til en innovation i et stykke tid, men bare ikke har dannet sig en positiv eller negativ holdning til innovationen endnu.

Ofte bliver teknologi brugt som et synonym for innovation, og en teknologi består ofte af et hardware aspekt og et software aspekt. Hardware har fokus på de værktøjer og materialer, som innovationen består af, hvor software ofte består af informationsbasen for teknologien som f.eks. kodningen bag. Dog findes der også tilfælde, hvor en innovation kun består af information, og deres diffusion kan derfor være svær at følge.

Selvom der generelt er en forståelse af, at en innovation er fordelagtig at implementere, er det ikke altid, at fordele og ulemper ved en innovation står klart for de intenderede brugere af en innovation.

Derfor kan en teknologisk innovation skabe en grad af usikkerhed på potentielle brugere. Særligt er innovation-evaluerings information vigtig, da det er i denne proces, vi reducerer vores usikkerheder omkring en innovations forventede konsekvenser, og de ofte stillede spørgsmål i denne proces ville være: "Hvad vil der være af fordele og ulemper i min situation?" og "Hvilke konsekvenser har innovationen?".

Blandt innovationer findes der også forskellige hastigheder, hvormed de bliver taget i brug. Når brugeren kan se en relativ fordel ved en innovation, ser brugeren den nye innovation som

bedre end den idé, som innovationen skal afløse. En relativ fordel kan måles i økonomi, måske er den nye innovation billigere at købe eller at have i det lange løb. Prestige og bekvemmelighed ved en innovation har også stor betydning. Jo større den relative fordel opfattes hos brugeren, jo hurtigere vil en innovation blive taget i brug.

Forenelighed er også vigtigt for en innovation. Forenelighed omhandler, hvorvidt en bruger kan genkende sine egne holdninger og tidligere erfaring i en innovation. Hvis en innovation ikke passer med en gruppes holdninger og erfaringer, vil det tage længere tid, før den bliver implementeret.

Kompleksitet omhandler, om en innovation anses for at være svær at forstå og bruge. Nogle innovationer er nemme at forstå for individer eller grupper, hvor andre er svære at forstå, og derfor bliver de implementeret og taget i brug langsommere.

Der er også prøvetid hos en innovation. Prøvetid handler om muligheden for at afprøve en innovation i en tidsbegrænset periode. Innovationer, hvor man har mulighed for at afprøve dem, vil oftere blive implementeret og brugt hurtigere end dem, hvor man ikke har muligheden.

Til sidst har vi observationer af en innovation. Observation omhandler, hvorvidt resultaterne hos en innovation er tydelige og kan observeres af sociale systemer eller individer. Jo tidligere resultatet hos en innovation er, jo hurtigere vil den blive implementeret og brugt.

Visse brugere kan over tid genopfinde en innovation, som de har taget til sig. Det kan være, at en innovation bliver modificeret af brugeren i adoptionsprocessen, så den passer brugeren bedre. Dermed er brugerne ikke passive i implementerings- og adoptionsprocessen, men kan have indflydelse på innovationen, hvis den er nem at ændre på i forhold til brugerens behov (Rogers, 2003, s. 11-17).

2: Kommunikationskanaler

Essensen af diffusion omhandler udveksling af viden om en innovation. Kort sagt omhandler processen en innovation, et individ eller gruppe, der har viden og erfaring med brug af en innovation, et individ eller en anden gruppe, der ikke har viden og erfaring med innovationen og til sidst en kommunikationskanal, der forbinder de to individer eller grupper, så de kan udveksle viden (Rogers, 2003, s. 17).

I vores opgave vil vi tage udgangspunkt i Rogers fem stadier af innovations beslutningstagning.

Vi vil tage afsæt i de fem stadier i innovationsbeslutningsprocessen.

1 Viden

2 Overtalelse

3 Beslutningstagning

4 Implementering

5 Bekræftelse

Videns Stadiet

Videns stadiet opstår, når et individ bliver gjort opmærksom på en innovations eksistens og forstår, hvordan den fungerer. Det er bredt ment, at de fleste bliver gjort opmærksom på en innovation ved tilfældigheder, da man ikke kan lede efter en innovation, man ikke ved eksisterer. Et eksempel kan være, at man bliver gjort opmærksom på en ny innovation gennem kommunikationskanaler ved et tilfælde. En anden tilgang hedder selektiv eksponering, der handler om, at vi ikke er helt passive, når vi opdager nye innovationer. Selektiv eksponering betyder altså, at mennesker ikke vil opsøge viden om en innovation gennem f.eks. kommunikationskanaler, medmindre vi føler et behov for innovationen. Samtidig kan et behov også opstå, når en innovation bliver opdaget og kan føre til motivation for adoption af innovationen.

I videns stadiet, er der flere forskellige former for viden omkring en innovation.

How-to viden består af viden, som er nødvendig for, at man kan bruge en innovation korrekt. Brugeren skal kunne forstå omfanget af en innovation, og hvordan man bruger den korrekt. Jo mere kompleks en innovation er, jo mere how-to viden er der brug for til brugeren. Hvis en bruger ikke opnår nok how-to viden inden en prøveperiode eller forud for implementering, er der stor chance for, at en innovation vil blive afvist (Rogers, 2003, s. 163-168).

Grundlæggende viden er et andet videns stadie. Denne viden omhandler de funktionelle principper, som en innovation indebærer. Det er ofte muligt for en borger at tage en innovation til sig, uden at kende de underliggende funktionelle principper for en innovation, men der er dog en chance for, at borgere ikke bruger innovationen, som den var intenderet.

Derudover er der software-viden omkring en innovation. Denne information skal være med til at reducere usikkerheden omkring innovationen. Her kan en borger ønske at vide, hvordan en innovation virker, og hvorfor den virker, som den gør.

For at promovere en innovation, ville how-to viden ofte være vigtigst for brugeren, særligt i en tidlig forsøgsperiode. Selvom en innovation er kendt for en borger, er det ikke sikkert, at innovationen tages i brug. Det kan skyldes, at borgeren ikke føler et behov for at bruge innovationen eller måske ikke ved, hvordan den skal bruges endnu.

Dette fører os videre til næste stadie, som er overtalelses stadiet (Rogers, 2003, s. 167-169).

Overtalelse Stadiet

I denne fase af innovations beslutningsprocessen, udvikler borgeren en positiv eller negativ holdning til en innovation. Hvor der i videns stadiet var fokus på den kognitive, er der i overtalelses fasen fokus på følelserne. Det er dog først, når en borger har opdaget innovationen, at personen kan danne en mening omkring den. Dermed begynder borgeren aktivt at undersøge innovationen, og her er der tre vigtige faktorer i spil.

Det er vigtigt at vide, hvor borgeren søger om information, hvilken information borgeren finder og modtager og til sidst, hvordan borgeren fortolker informationen.

Det er dermed i overtalelses fasen, at den generelle opfattelse af en innovation bliver dannet. For at kunne danne sig en negativ eller positiv mening om en innovation, skal borgere kunne forestille sig at have innovationen i sit nuværende liv eller i fremtiden. Dette gør borgere, før de overhovedet afprøver innovationen. Det er en vigtig del af overtalelses stadiet, at borgeren mentalt kan forestille sig innovationen i sit liv. Typisk vil borgeren søge andre medmenneskers meninger, for at få sin mening, god eller dårlig, bekræftet eller afkræftet.

Typisk er massemediers mening for generel for borgeren. Derimod er borgeren typisk motiveret til at søge innovations evaluerings information. Denne information skal være med til at reducere borgernes usikkerheder omkring en innovations konsekvenser. Information vil borgeren ofte søge hos sine ligestillede medmennesker baseret på deres personlige oplevelser, men informationen vil ofte oprindeligt komme fra videnskabelige evalueringer. Hvis en person, der minder om os selv, har en positiv holdning til en innovation, er vi også selv mere tilbøjelige til at få en positiv opfattelse og implementere innovationen. Slutresultatet i overtalelses fasen er en negativ eller positiv holdning omkring en innovation. Det er forventet

at denne holdning ændrer på vores adfærd, men det er ikke altid tilfældet. Holdning og handling hænger ikke altid sammen.

Til slut er der en forebyggende innovation, som er en ny idé, som en borger kan tage til sig for at undgå uønskede konsekvenser i fremtiden. Den uønskede konsekvens kan enten ske eller ikke ske, hvis en innovation ikke bliver implementeret. Så det er ikke sikkert, at en forebyggende innovation har den ønskede effekt og kan være meget usikker. Et eksempel kan være at bruge sikkerhedsseler i en bil. Hvis sikkerhedsselen tit bliver brugt til at redde en borgers liv, fordi bilen hele tiden kører galt, er chancen for at borgeren vil købe netop den bil igen meget lille.

Der kan også ske det, at en borger kommer i en situation kaldet "signal til handling". Det kan være, at der sker noget i borgerens liv, der gør innovationen særlig attraktiv til at implementere (Rogers, 2003, s. 169-172).

Beslutnings Stadiet

I beslutningsstadiet indgår borgeren i aktiviteter, der leder til et valg om at godtage en innovation eller afvise den. En implementering betyder, at borgeren bruger innovationen til fulde. En afvisning vil betyde, at borgeren slet ikke vil bruge innovationen. De fleste borgere vil ikke implementere en innovation uden at afprøve den først for at vurdere, hvor brugbar innovationen er i borgerens liv. Denne afprøvning er vigtig i beslutningsfasen og kan bruges til at fjerne usikkerhed omkring innovationen. Det er ikke alle innovationer, der kan afprøves før de implementeres, men dem, der kan, bliver ofte hurtigere accepteret og implementeret. Det er vigtigt at pointere, at en innovations beslutningsproces både kan føre til en implementering eller en afvisning af innovationen. I hvert skridt i innovationsbeslutningsprocessen er det muligt at afvise en innovation. Det kan sagtens være, at det allerede sker i videns stadiet, eller efter at en borger oprindeligt havde accepteret og implementeret innovationen.

Man kan se på to forskellige typer af afvisninger i beslutningsstadiet. Den ene er aktiv afvisning, hvor borgeren overvejer at implementere innovationen, men derefter beslutter ikke at implementere den alligevel.

Den anden er passiv afvisning, hvor borgeren aldrig rigtig overvejer at implementere innovationen.

Det er ikke altid, at der er en lineær proces i de tre første stadier, og det kan sagtens forekomme, at andre stadier kommer før videns stadiet (Rogers, 2003, s. 172-174).

Implementerings Stadiet

Implementering forekommer, når en innovation bliver taget i brug. Indtil implementeringsstadiet, har de andre stadier været fokuseret på det mentale aspekt. For at implementere kræver det adfærdændringer, når innovationen bliver brugt i praksis. Det er ofte en helt anden oplevelse at gå fra at forestille sig at bruge en innovation til faktisk at skulle bruge den i praksis. Derfor kan der opstå problemer omkring, hvordan man præcist bruger en innovation i implementerings stadiet.

Der er stadig usikkerhed hos borgeren i implementerings stadiet på trods af, at borgeren har besluttet at implementere innovationen. I dette stadie opstår der spørgsmål som "Hvor anskaffer jeg innovationen?" og "Hvordan bruger jeg den?". Derfor vil borgeren bruge meget tid på at indsamle information omkring innovationen i implementerings stadiet. Problemer opstår hyppigt ved implementering i en organisation modsat hvis det er hos en individuel borger, da en organisation kan gå sammen og være en samlet gruppe af modstandere mod en innovation.

Implementerings stadiet kan foregå over en længere periode, alt efter hvilken innovation det er. Det er først, når en innovation bliver en del af en routine hos en borger eller institutionaliseret hos en organisation, at man kan anse en innovation for at være fuldt implementeret.

En stor del af implementeringsfasen er genopfindelse. Det er nemlig ikke altid, at en innovation bliver brugt en til en, som den er opfundet. Dermed kan borgeren ændre og modificere innovationen i implementeringsprocessen. Om genopfindelse af en innovation er god eller dårlig, er meget forskelligt. Det kan være en fordel for borgere, da borgere kan ændre innovationen til sit eget behov, og det kan mindske usikkerheder for borgere. Modsat kan genopfindelse gøre, at en borger overser en funktion hos innovationen, som kan medføre, at de ikke får fuldt udbytte af innovationen (Rogers, 2003, s. 174-184).

Bekræftelses Stadiet

Hvad angår innovationsbeslutningsprocessen, er implementerings stadiet ikke det sidste stadie. I bekræftelses stadiet søger borgere bekræftelse på, at implementering var en god beslutning, efter at de har lavet en implementering. Hvis de i denne fase finder information, der konflikter med beslutningen om at implementere og ikke genbekræfter beslutningen, kan borgeren finde på at ombestemme sig. Denne proces kan foregå over ubestemt tid. Borgeren

håber på ikke at støde på konfliktende informationer omkring innovationen, som borgeren ikke kan få til at give mening. Hvis de støder på denne information, forsøger de at reducere den.

Dissonans er noget, som gør borgere ukomfortable, og en borger vil dermed forsøge at fjerne den eller reducere den. En måde hvorpå dissonans kan blive reduceret eller fjernet, er ved at søge mere viden, ændre attituder eller på anden måde handle på dissonansen.

Reducering af dissonans kan forekomme på forskellige måder.

Når en borger får et behov eller oplever et problem, kan borgeren søge efter innovationen for at få sine behov opfyldt. Dermed kan behovet motivere informationssøgning omkring innovationen. Dette sker ofte i videns stadiet.

En anden måde er, når en borger kender til en innovation, har en positiv holdning omkring innovationen, men ikke har implementeret den. Dermed er borgeren motiveret til at implementere innovationen for at fjerne dissonansen mellem, hvad borgeren tænker om innovationen, og hvordan borgere rent faktisk gør eller ikke gør med innovationen. Dette sker ofte ved beslutning- og implementerings stadiet.

Derudover har vi det stadiet, der kommer efter en beslutning og en implementeringsfase. Her kan borgere finde information, der prøver at overbevise borgeren om, at borgeren ikke skulle have implementeret innovationen. Denne dissonans kan fjernes ved at ændre mening og afvise innovationen. Modsat kan også ske, hvor borgeren havde besluttet at afvise innovationen fra starten af, men støder på information, der prøver at overbevise om, at en implementering er bedst. Her kan en implementering fjerne dissonansen. Dette sker ofte ved bekræftelses stadiet. Disse tre metoder arbejder hen imod, at borgerens holdning og handlinger er mere ens, men det er ofte svært at ændre borgerens første holdning til at afvise eller implementere. Ofte vil borgeren søge efter information, der bekræfter borgerens første holdning til innovationen, hvilket også fjerner dissonans. Hvis man tror, at en innovation er sikret efter en implementering og bekræftelse, kan man risikere, at borgeren vælger en afbrydelse. Dette kan ske, hvis der kommer for meget negativ information omkring en innovation, selv efter den er implementeret og bekræftet.

Afbrydelse er altså en beslutning fra borgerens side om at afbryde brugen af en innovation, efter at den er blevet bekræftet og implementeret. Dette sker relativt ofte.

Det kan enten foregå ved at erstatte innovationen med en bedre idé. Derudover kan det ske, ved skuffelse, hvis borgeren er utilfreds med innovationens effekt. Dette kan f.eks. ske, hvis innovationen ikke bliver brugt korrekt. En afbrydelse kan indikere, at en innovation ikke er

blevet en rutine i en borgers liv eller institutionaliseret i en organisation endnu i implementerings stadiet. En innovation, der har en høj grad af implementering, burde have en lav grad af afbrydelse (Rogers, 2003, 184-191).

Dokumentstudie

I vores analyse vil vi specifikt kigge på de historiske vendepunkter for sundhedsteknologien organdonation. Ved disse historiske vendepunkter vil vi kigge på vores dokumenter omkring danskernes holdning til organdonation og se, om der er en sammenhæng med et fald eller en stigning i den positive holdning. Dette er vores fremgangsmåde i dokumentanalysen.

De fire kildekritiske punkter

Når vi foretager en dokumentanalyse, forholder vi os kritisk til dokumenterne ved hjælp af disse fire kildekritiske punkter.

Autenticitet omhandler, om vi kan være sikker på, at de, der påstår at have skrevet dokumentet rent faktisk er dem, der har skrevet det. Samtidig skal man også vurdere, om dokumentet er blevet ændret eller manipuleret.

Troværdighed omhandler, om vi kan stole på det, der står i dokumentet. Grundlæggende må vi antage, at alle dokumenter er skrevet i en specifik situation med et særligt formål. Forfatteren kan forsøge at beskrive den aktuelle virkelighed, men er altid påvirket af sin sociale og historiske kontekst. Forfatteren forsøger ofte at opnå noget bestemt igennem sit skriv.

Repræsentativitet omhandler, i hvilken grad dokumentet giver et dækkende billede af den virkelighed, som søges undersøgt af forskeren. Her er det afgørende at stille spørgsmålstejn ved den måde, emnet i dokumentet er blevet defineret og registreret.

Betydning består af fortolkningen af den intention eller mening, som forfatteren af dokumentet havde. Det er vigtigt, at man ikke tager for givet, at man forstår, hvad forfatteren reelt mener. Det kan være at forfatteren har en anden mening med et ord, bruger metaforer eller at forfatteren har en baggrundsviden, som ikke kommer til udtryk i teksten. Dette kan

ske, hvis forfatteren har en anden uddannelsesbaggrund eller kultur end læseren (Hussain og Kristensen, 2017, s. 127-130).

Organdonations historiske og teknologiske udvikling

I dette afsnit vil vi redegøre for den historiske og teknologiske udvikling, som vi senere vil bruge i vores dokumentstudie analyse.

I 1964 blev den første organdonation udført i Danmark. Dette var en nyre fra en, der var hjertedød, altså en der ikke trak vejret længere, og hvor hjertet var stoppet med at slå. Nyre-donationer var indtil 1990 den eneste form for donation, der blev udført i Danmark, da de øvrige organer tog for meget skade af at mangle ilt (Netdoktor, 2022).

Behovet for organtransplantationer opstod under anden verdenskrig, da man på daværende tidspunkt manglede metoder til at behandle sår. Allerede her vidste man, at der ville opstå problemer, når der blev overført levende væv fra en person til en anden, da kroppen ville afstøde vævet. Dette skete, fordi kroppen dannede antistoffer mod fremmedlegemer i kroppen og ødelagde disse.

I starten prøvede lægerne at dæmpe modtagernes immunforsvar med røntgenstråling og fjernelse af antistofproducerende væv.

I 1960'erne blev det første lægelige kemiske stof til at hæmme kroppens immunreaktion introduceret. I samme periode lærte man også at bestemme vævstyper og kunne derfor finde de bedste match af organdonorer og modtagere. Det var også i samme periode, at den første vellykkede hjertetransplantation blev foretaget. Denne blev gjort af Christian Barnard, en sydafrikansk læge. Patienten levede dog kun i 18 dage efter operationen (Det Ethiske Råd, 2008, s. 31-33).

I 1980 blev et middel kaldet Cyklosporin A introduceret for lægeverdenen. Dette er et lægemiddel, der kan gå ind og svække de celler, som forårsager afstødningen af organerne, og herfra er overlevelses processen kun steget drastisk (Infosundhed, 2018).

Dette lægemiddel var altså en revolution inden for organdonation og gav et kæmpe skub frem i verden.

I 1990 blev der indført hjernedøds kriteriet i Danmark. Her erklærede man personen for hjernedød, hvilket betød, at hjernens funktioner er uigenkaldeligt ophørt. Ved hjernedød kan

der tilkobles en respirator, som sørger for, at kroppens øvrige funktioner bliver ved med at virke, og på den måde tager de raske organer ikke skade af iltmangel. Dette var dermed starten på at udvide organdonation fra kun at omhandle nyrer til flere organer (Sundhedsstyrelsen, 2022b).

En ulempe ved hjernedøds-kriteriet var, at man kun kunne bruge nyrer og hornhinden og ikke de større organer. Dette skyldes, at de større organer ikke kunne klare sig særlig længe uden ilt (Sundhedsstyrelsen, 2023).

I 2019 valgte Danmark at udvide med brugen af det, der kaldes for hjertedød eller donation efter cirkulatorisk død (DCD).

Der er dog her tale om nogle meget specifikke kriterier for, hvornår dette bruges.

Donorer vil udelukkende være patienter, som har pådraget sig svære dødelige skader i hjernen, og der besluttes at afslutte livsforlængende behandling. Praksissen her minder om donation ved hjernedød.

Forskellen her er, at respiratoren afbrydes, og at der så afventes, at vejrtrækningen og hjertet stopper med at fungere, og personen kan erklæres død. Udviklingen og udvidelsen af dette har gjort det muligt at anvende større organer for personer, som ikke kan erklæres hjernedøde ud fra kriterierne for dette (Sundhedsstyrelsen, 2023).

Fra 2013 af er der udført mellem 301 og 403 organtransplantationer hvert år i Danmark. Organerne er både fra danskere og fra udlandet. I denne periode var mellem 68 og 107 af transplantationerne, nyretransplantationer fra levende donorer.

I samme periode var der imellem 389 og 460 personer, der stod på venteliste for at få et nyt organ og mellem 10 og 40, der hvert år døde, imens de var på ventelisten (Dansk Center for Organdonation, u.å.a).

Nyretransplantationer fra levende donorer sker oftest imellem familie og venner, og uden disse, ville vi altså opleve et langt højere dødstal.

Udover den udvikling, der er sket inden for organdonation, som beskrevet ovenfor, er der også en lang række andre teknologiske løsninger, der forskes i.

En af de teknologier er kunstige organer. Forskningen for dette har stået på siden 1950'erne, men der opleves stadig problemer med at få organerne til at være små nok til, at de kan indopereres, og at disse skal være vedligeholdelsesfrie og stabilt fungerende.

Der findes i dag kunstige hjerter, men disse holder kun en årrække og bruges som midlertidig løsning, indtil et nyt hjerte er fundet. Derudover er der skabt nyrer og lunger, som dog stadig har undervejs, da individerne ikke kan bevæge sig rundt på en tålelig måde med disse indopererede.

Udover kunstige organer forskes der også i at kunne bruge organer fra dyr, men her opstår der problematikker i forhold til immunologiske og fysiologiske barrierer. Alvorlige sygdomme fra dyr, og især virusbetingede infektioner, har sat en dæmper for behandlingsformen.

Et tredje forskningsprojekt er at opdyrke organer af stamceller fra den syge person. Dette forskningsprojekt er endnu ikke nået særlig langt, men kan være med til også at fjerne aspektet med afstødning af organerne og den medicinske behandling, der følger med en organdonation (Det Ethiske Råd, 2008, s. 67-68).

Danskernes holdning til organdonation igennem tiden

I dette afsnit vil vi redegøre for danskernes holdning til organdonation over tid. Dette vil vi senere bruge i vores dokumentstudie analyse.

Hvis man kigger tilbage til 1990'erne, var den danske holdning til organdonation en anden, end den er i dag. Danskerne var meget imod ideen om at indføre hjernedødkriterierne, og de blev indført med meget modvilje fra borgerne. Dog er Danmark nu et af de mest positive lande i Europa, når det kommer til organdonation. Denne ændring gør Danmark til det ideelle land at undersøge holdninger til organdonation i. I et studie fra 2016 undersøger en gruppe forskere denne udvikling (Nordfalk, Olejaz, Jensen, Larsen Skovgaard, og Hoeyer, 2016, s. 2).

I dette studie blev 1195 menneskers mening undersøgt, hvor spørgsmålene strakte sig fra, hvad deres meninger om organdonation var, om hvorvidt de selv ville donere deres organer, til om de ville bestemme over deres nærmestes organer. Deres svar til hvad deres mening var omkring organdonation var meget positiv, hvor den yngre del af studiet, de 18-34 havde den mest positive holdning, da 95.5% af denne gruppe var positive eller meget positive over for

organdonation. I modsætning havde den mindst positive gruppe, de 56+, en positiv procent på 92.1%.

Ved spørgsmålet, om de selv ville donere deres organer, hvis muligheden var der, var 85% af respondenterne positive og svarede ja til organdonation og 82.1% ville donere deres væv.

Dette positive syn ændrede sig lidt, når det kom til at få et organ, med 87.4% der ville tage et organ, hvis muligheden var der, og 88.4% ville tage imod væv.

Dog var de knap så positive, når de kom til at donere deres nære relations organer eller væv. Her svarede 66.2% ja til at donere organer og 64% sagde ja til væv. Hvis svaret var "nej" eller "ved ikke", blev de også spurgt ind til, om svaret ville være anderledes, hvis deres nære selv ville donere deres organ. Her ville 79% af de tilspurgte sige ja til en donation.

Dem, der ville donere deres organer og væv (1053 respondenter), blev også spurgt ind til, om de havde nogen restriktioner på, hvad de ville donere. Her var langt størstedelen (87.1%) åbne for at donerer alt, hvor dem som ikke var, var det mest hornhinden (5.7%), hud (3.4%) og hjertet (2.5%) der var valgt fra (Nordfalk et al., side 4).

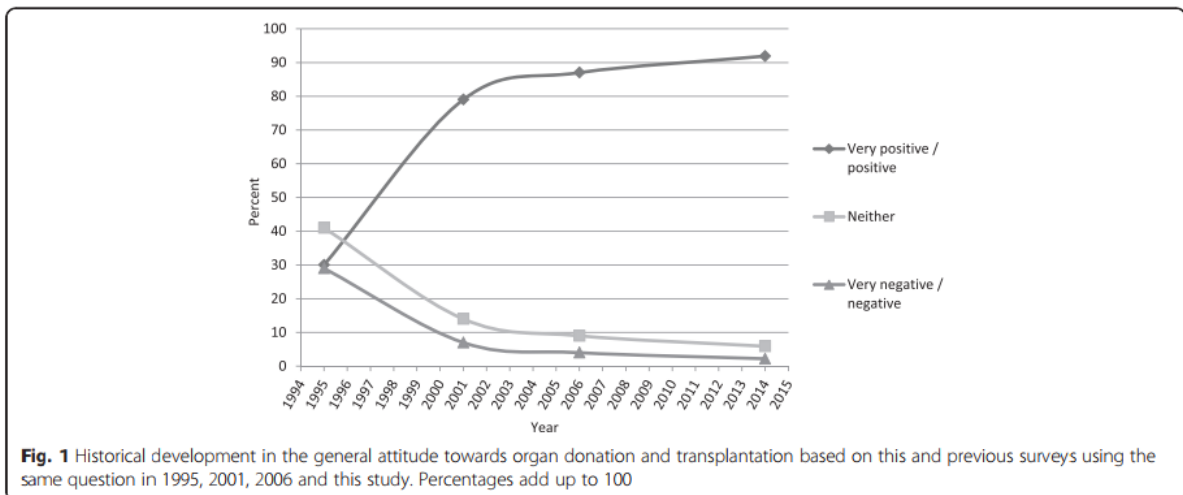
Folk var også meget positive ift. at donere og få nyrer fra enten venner eller familie, da 85.2% af folk sagde ja til at give en, og 78.6% sagde ja til at få en.

For at forstå de personlige grunde til, hvorfor man vælger at donere sine organer, afholdte de 33 interviews hvori kvalitative data blev indsamlet omkring folk. Her stod det klart, at det at have autonomi ift. deres egen krop, hvis de takkede nej til at blive donorer, var vigtigt for dem. 51,3% af disse svar mente, at det var vigtigt at kunne komme i jorden uden at have ændret noget ved dem (Nordfalk et al., side 4).

Her kunne man se, at en stor del af respondenterne (68.6%) mente, at hvis man ville have et organ, skulle man selv være villig til at give et.

Det blev også klart, at mange er uenige med ideen om, at alle automatisk skal være organdonor, og at man aktivt skal framelde sig det. Dog mener de, at det skal være obligatorisk at registrere sin beslutning, hvor den unge gruppe var mere tilbøjelige til at være enig i dette end de andre grupper.

Studiet fandt, at selvom der er en stor opbakning til organdonation som helhed, er der stadig emner i forbindelse med organdonation, hvor opbakningen ikke er lige så stor. Studiet fandt også, at hvis der fokuseres mere på forslag, som bakker op om et mere individuelt valg, er forslaget mere tilbøjeligt til at blive taget imod positivt, end hvis det handler om monetære incitamentter (Nordfalk et al., side 7).



Figur 2 (Nordfalk et al., s. 6.)

I denne graf kan vi se danskernes holdning til organdonation over tid. Vi kan se, at den positive holdning er steget over tid, og at den negative holdning er faldet over tid. Folk uden holdning er også faldet over tid.

Sundhedsstyrelsen har i 2021 udgivet en rapport, hvori danskernes mening, viden og holdninger til organdonation blev kortlagt. I denne ser vi, at to ud af tre danskere har taget stilling til, hvorvidt de vil være donorer eller ej ved at bruge en af de tre tilmeldingsmetoder, ved enten at registrere sig på organdonorregistret, udfyldt et donorkort eller ved at fortælle det til deres pårørende. Den sidste tredjedel af danskerne har ikke delt deres meninger. Inde under denne tredjedel har hver femte besluttet sig for at blive donor, men har ikke været inde og registrere sig endnu. Det ses også, at danskernes viden omkring organdonation er faldet siden 2015, da der er 8% færre, der er enige i, at man er død, når hjernen er død. Derudover er der sket et fald på 9% i dem, som er uenig eller helt uenig med, at man er ikke er helt død før organerne fjernes (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 4).

Dataene kommer fra 1096 respondenter, og er repræsentativt, da respondenter kommer fra alle regionerne, og spænder fra 15 år og op, da 15 år er aldersgrænsen, for at tilmelde sig registeret.

Analyse

Vores analyse er opdelt i tre dele, som har til formål at besvare vores problemformulering. Disse tre vil vi kort gennemgå, og udfolde deres delmål.

Vi har startet med at udføre en analyse af selve sundhedsteknologien. Dette har vi gjort med en TRIN analyse, hvor vi har valgt at kigge på de indre mekanismer og processer, samt hvilke drivkræfter og barrierer der kunne have været for udbredelsen af sundhedsteknologien.

De indre mekanismer og processer har vi valgt at undersøge for at skabe en forståelse for, hvordan teknologien fungerer, og hvilke aktører der medvirker til at få denne til at fungere. Når vi kigger på drivkræfterne og barriererne vil vi gøre brug af de fem trin fra diffusion of innovation og gennemgå dem. Dette gør vi, fordi vi ønsker at forstå, hvordan implementeringen af sundhedsteknologien har fundet sted, og hvilke faktorer der har været relevante.

Derefter vil vi udføre et dokumentstudie af organdonation som sundhedsteknologi, da vi ønsker at forstå, hvordan sundhedsteknologiens udvikling hænger sammen med borgernes holdning til denne. Dette gør vi ved at sammenligne udviklingen i disse to over tid.

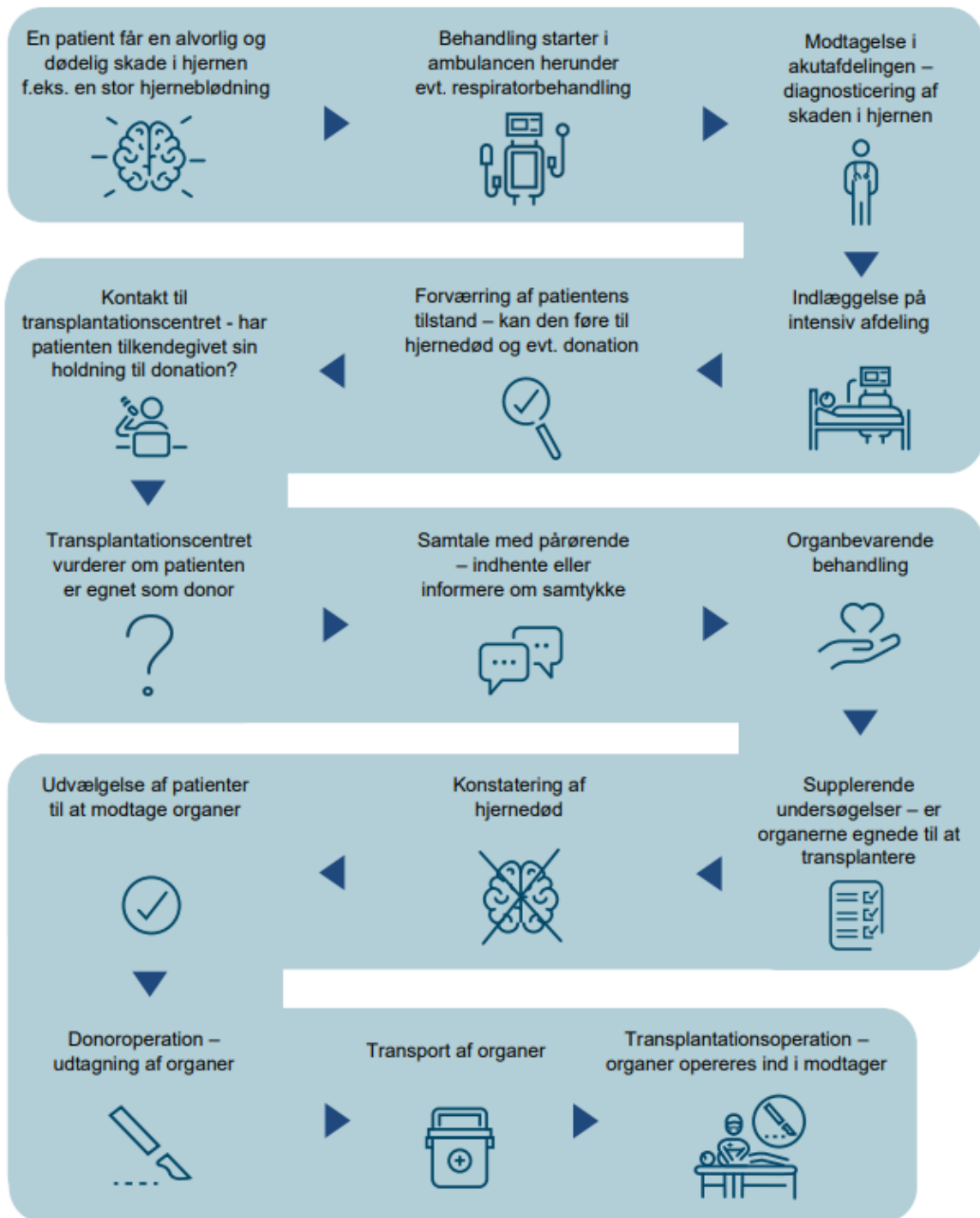
Til sidst vil vi lave en analyse af de interviews, vi har udført, da vi ønsker at undersøge, hvorvidt punkterne fra vores forforståelse hænger sammen med vores specifikke målgruppes manglende registrering. Dette gør vi ved at kigge på udvalgte citater fra interviewene og tolke disse. Vi er opmærksomme på, at vi kun kan sige noget om de personer, vi har interviewet og ikke alle 15 til 19-årige i Danmark.

Analyse af organdonation som sundhedsteknologi

Organdonations indre mekanismer og processer

Ifølge Trin 1 er organdonation et teknologisk system, der kombinerer forskellige sundhedsteknologier.

For at forstå hvordan organdonation hænger sammen, har vi valgt at kigge på en række af de indre mekanismer og processer som teknologien består af, og hvordan de påvirker hinanden. For at danne et overblik over, hvor stor en proces en organtransplantation er, har vi valgt at kigge på en figur, der er lavet af Dansk Center For Organdonation (Dansk center for organdonation, u.å.b).



Figur 3 (Dansk Center For Organdonation, u.å.b.)

Ud fra denne har vi valgt de processer og mekanismer, vi mener er de mest relevante for teknologien.

Scandiatransplant

Scandiatransplant er en organisation som opererer i Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige og Estland indenfor organ udveksling i forbindelse med organtransplantationer.

Organisationen er ejet af de forskellige hospitaler, som udfører transplantationer, i de tidligere nævnte lande.

Scandiatransplant har hovedsæde på Aarhus Universitetshospital, hvor deres it-system befinder sig, og hvorfra deres service håndteres. Deres IT-system består af et klinisk register, hvor transplantationers relevante data bliver indsamlet. Organisationens formål er at fungere som en fælles organudvekslingsressource for medlemmerne. Her bliver der lagt særlig vægt på, at processen skal være gennemsigtig og under anvendelse af etiske principper. Derudover skal processen stemme overens med de nationale lovgivninger, som er gældende i de respektive lande. Scandiatransplant opretholder og driver også en fælles venteliste til transplantationerne og sikrer fuldstændig sporbarhed både for organdonorer og patienter. Derudover skal de også holde styr på opfølgingsregisteret for patienterne, der har modtaget organer, og dem der har valgt at være levende organdonorer. Til sidst står organisationen også for at danne et samarbejdsnetværk for medlemmerne, som er med til at fremme forskning og udvikling i organdonation.

Alle landene har en samlet venteliste for organtransplantation, som er opdelt ud fra organer, og organisationen sørger for, at al nødvendige data bliver stillet til rådighed for de professionelle indenfor organdonation, således at de kan tildele organerne korrekt og efter de skrevne regler (Scandiatransplant, u.å.).

Organtransplantationen og sygehusene

I Danmark foretages organtransplantationer på meget få hospitaler, da processen kræver et personale med erfaring på området. Ligesom resten af det danske sygehusvæsen er der opdelinger, så de forskellige afdelinger har mulighed for at kunne specialisere sig indenfor et felt.

I Danmark er der transplantationscentre på henholdsvis Rigshospitalet og Herlev Hospital, som udfører operationer for både hjerter, nyrer, lunger og lever. Derudover findes der et

center på Aarhus Universitetshospital, som udfører operationer på hjerter og nyrer. Derudover er der et på Odense Universitetshospital, som kun laver nyretransplantationer. Udover transplantationscentrene så har intensivafdelingerne rundt omkring i Danmark også en stor rolle. Det er disse, som oftest modtager borgere, som er mulige organdonorer. I sjældne tilfælde håndterer de også forløb med organdonation, men pga. manglende erfaring kan dette være en meget vanskelig opgave. Den intensive afdeling har udpeget nøglepersoner, som har til opgave at holde resten af personalet opdateret på viden om organdonation og fungere som ressourcepersoner. Når den intensive afdeling har en mulig organdonor, giver de besked til et af transplantationscentrene, som derefter varetager den videre proces. Processen fra at have en mulig organdonor, er at gå i gang med at kontakte de fornødne registre, altså donorregistret for at finde ud af om personen har samtykket og derefter kontakte familien, for at have en dialog omkring organdonation. Når samtalen har fundet sted og samtykke er givet, skal den mulige organdonor erklæres hjerne- eller cirkulativ død, da disse to er de eneste måder at være donor, når døden først er indtruffet (Det Ethiske Råd, 2008 s. 45-49).

Før en organdonor kan blive anset som egnet, skal man opfylde visse krav, ift. om man er hjerne eller cirkulativ død (DCD). Disse kriterier er forskellige alt efter, om man bliver erklæret hjernedød eller cirkulativ død. Dog er fælles for dem, at man opfylder selve dødsriteriet: at man stopper med at trække vejret, og hjertet holder op med at slå. Derudover skal organerne være egnet til transplantation, og der skal være et match til organerne på Scandiatriplants liste.

Måden man erklærer hjernedød på, er gennem tests, hvori der bliver undersøgt, hvorvidt hjernen har et normalt reaktionsmønster, får både blod og ilt til hjernen, og om der er en hjernefunktion. Disse undersøgelser bliver udført af en læge med speciale i et neurofag og patientens primære læge. Undersøgelserne, der finder sted, når patienten skal erklæres hjernedød, består blandt andet i at undersøge, om der findes reflekser i hjernestammen, om patienten reagerer på smertepåvirkning, belysning og irritation af øjnene, skylning i øregangen med koldt vand, om der kommer bræk eller hosterefleks ved irritation i svælg og luftrør, og om patienten selv kan trække vejret uden respirator. Udover undersøgelserne kræves der yderlig sikkerhed omkring diagnosen. Dette består i at hjernelidelsen skal være kendt og ikke kan behandles og fastslås som en dødelig årsag. Her kan der for eksempel laves en CT- eller MR- scanning.

Denne undersøgelse bliver gentaget efter mindst en time. Dog må ligsyn og dødsattest for patienten først udarbejdes efter, at der vises tydelige tegn på, at døden er indtruffet. Dette

kaldes også de “sikre sene dødstegn”, som er enten dødsstivhed, ligpletter eller forrådnelse (Det Ethiske Råd, 2008, s. 64-65). Reaktionen, der testes for ved hjernedød, kan dog tage lang tid før de stopper, og dermed kan denne person ikke erklæres hjernedød, selv hvis de ikke kan overleve. Her vil man i stedet for vælge at slukke for respiratoren og vente på, at vejtrækningen stopper og hjertet holder op med at slå (Sundhedsstyrelsen, 2023). Det vil altså sige, at man bliver erklæret cirkulativ død, og dermed kan man blive donor, da der er et ophør af åndedræt og hjertevirksomhed.

Efter cirkulativ død skal patienten igennem en periode, der kaldes "no touch perioden". Denne periode er det øjeblik, hvor patienten enten stopper med at trække vejret, og hjertet stopper med at slå og 5 minutter frem. I denne periode holder læger øje med, hvorvidt hjertet begynder at slå af sig selv, men foretager sig ikke andet. Efter denne periode kan patienten erklæres død og blive henvist som donor.

Herefter vil der blive testet for virusser, og hvis donoren ikke har nogen, tages der stilling til, hvilke organer der kan anvendes til donation. Derefter vil der blive tilkaldt et transplantationshold for hvert organ, der skal transplanteres. Disse gør så klar til transplantationen, og donoren bliver kørt ind til transplantationen (Det Ethiske Råd, 2008, s. 50).

Transport af organ, fra donor til modtager

En del af organdonationssystemet består i at transportere organerne fra donor til modtager. Processen er yderst nøje udregnet, da de forskellige organer har forskellige behov for blodcirkulation, hvor hjertet er det mest følsomme organ. Ved hjertet har man en målsætning om, at opbevaringstiden uden blodcirkulation skal være under 4 timer, for at organet ikke tager skade.

Når organet bliver udtaget, bliver dette opbevaret i en steril plastbeholder, som derefter nedsænkes i en steril spand med vand. Denne placeres i en køletaske med is, og organet kan derfor holdes nedkølet på en temperatur på ca. 4 grader (Det etiske råd, 2008, s. 50).

Inden for nyere tid har Transmedic udviklet et system, der hedder Organ Care System, som er et fuldt transportabelt multi-organ konserverings- og vuderings-teknologi. Teknologien kan afspejle menneskets fysiologi og derved minimere iskæmi. Denne nye sundhedsteknologi giver hospitalerne mulighed for at minimere tiden, hvor hjerte og lunger er uden for blodcirkulation (TransMedics, u.å.) og bruges flittig i Danmark, netop fordi der bliver transporteret organer på tværs af landene gennem aftalen med scandictransplant (Rigshospitalet, u.å.).

Transplantation af organ til modtager

Når muligheden for organdonation meldes, skal der findes en modtager. Modtageren vælges ud fra en række kriterier, da de blandt andet skal have samme blodtype, højde og vægt som donoren. For nyrerne gælder også, at der skal være en vis vævsforlignelighed for at undgå, at nyrerne bliver frastødt. Hvis flere modtagere passer til organet, bliver den, der er sygest tilbudt organet først. Modtageren findes igennem Scandiatransplant. Hvis der ikke findes en modtager i Danmark, bliver organet tilbudt til et af de andre lande, der er med i Scandiatransplants netværk. Når modtageren er identificeret, bliver de kontaktet og skal tage over til det center, hvor transplantationen skal finde sted. Her undersøges de så for infektioner, der tages forlignelighedsprøver, og vand og elektrolytbalancen bliver vurderet. Da en transplantation er en kompliceret operation, skal der være en kirurg med til at udføre operationen, da alle forbindelser som for eksempel nerver skal sammenføres med stor omhu. Efter transplantationen kontakter transplantationscentrets koordinator det sygehus, hvor donoren døde. Derefter kontakter sygehuset de pårørende for at tilbyde dem en samtale om donationsforløbet. Efter 6-8 uger kontaktes donorafdelingen af koordinatoren for at følge op på, hvordan modtageren af organet har det (Det Ethiske Råd, 2008, s. 50-51). Udover opfølgningen efter de 6-8 uger, vil der for modtageren også være et efterforløb, der omhandler medicin og genoptræning.

Medicin efter operation

Ved organtransplantation er det nødvendigt at bruge immundæmpende medicin for at mindske risikoen for en afstødning af det transplanterede organ.

For at undgå akut afstødning, får man enten medicinen interleukin-2-hæmmer eller Anti-thymocytglobulin. Begge former for medicin er med til at hæmme immunforsvaret (Medicin, 2023).

Ved levertransplantationer kan man bruge steroider i stedet for. Efterfølgende modtager patienten vedligeholdelsesterapi, der ofte består af flere medikamenter. Det kan blandt andet være calcineurinhæmmer, som hæmmer immunforsvaret, antimetabolit og prednisolon alt efter hvad lægen vurderer. Vedligeholdelsesbehandlingen kan man både få før eller ved organtransplantationen. Dette afhænger af, om donoren er en levende donor eller en afdød. Løbende er der kommet flere immundæmpende medikamenter på markedet, hvilket gør at man kan trappe ned på nogle medikamenter og starte på noget andet, for at tilpasse et mere individuelt forløb ud fra en samlet risikovurdering.

På trods af, at man modtager immundæmpende medicin, er der stadig en chance for akut

udstødning. Dette forsøger man at forhindre ved at sætte dosis op for immundæmpende medicin eller steroid (Medicin, 2023).

Genoptræning

Efter en organtransplantation vil patienten ofte have brug for genoptræning. Ifølge sundhedsstyrelsen er genoptræningen fordelt mellem regionen og den kommune, man er bosat i. Når man udskrives, har sygehuset pligt til at udarbejde et genoptræningsforløb, der enten kan foregå på sygehuset eller i det kommunale alt efter, hvilket behov man har. Har man brug for vedligeholdelsestræning, kan man henvende sig til visitationen i sin egen kommune (Sundhedsstyrelsen, 2022a).

Opsummering

Ud fra de seks mekanismer og processer, som vi har beskrevet, fremgår der et tydeligt billede af, hvordan de hænger unægteligt sammen og er afhængige af hinanden for at have succes. Udover de mekanismer og processer, der fremgår i selve teknologien, er denne også afhængig af en række eksterne aktører, for at teknologien overhovedet kan fungere. Hovedaktørerne her er blandt andet staten som finansierer forløbet, samt efterforløbet, og de borgere, der giver samtykke til at være organdonorer, samt deres pårørende.

Hvis staten ikke finansierede forløbet, ville Danmark være ude i en situation, hvor der ville kunne komme et stort skel i forhold til ulighed i sundhed, da organdonation formentlig ville blive anset for noget, som kun den øvre klasse ville have mulighed for. Udover selve økonomien har det også en betydning, at staten stiller sig positivt over for organdonation, da dette kan have en stor betydning for borgernes holdning til dette. For at modtagerne overhovedet kan få et nyt organ, er systemet afhængigt af, at andre borgere ønsker at være organdonorer, og dermed at disse har en positiv holdning til emnet. Hvis borgerne ikke har dette, ville dette kunne medføre at selve teknologien organdonation ville blive forkastet, da den er afhængig af borgernes medvirken i processen. Teknologien kan altså derfor ikke stå alene, hvis den skal fungere.

Drivkræfter og barrierer for udbredelse af organdonation som sundhedsteknologi

Videns stadiet

Frem til 1964 var der ikke meget viden omkring organdonation. Det var først her, hvor vi i Danmark kunne fremføre en organdonation, og dermed kom det op som en sundhedsteknologisk mulighed. Dog er viden omkring organdonation noget, der den dag i dag stadig er diskuterbart. Der er behov for, at borgerne vil kunne forstå, hvordan sundhedsteknologien skal bruges. Her er det en nødvendighed for teknologiens udbredelse, at vi ved, hvordan det fungerer for at have en forståelse for teknologien. Denne viden er dog ikke altid den nemmeste at tilegne sig. For selv om regeringen og andre interesseorganisationer undersøger, hvor meget viden borgerne har, og prøver at få den nødvendige viden ud til masserne, så er det ikke alle de når ud til. Regeringen går ind med den nødvendige viden og laver tiltag, der skal bruges til at informere borgerne. Men den, der kommer fra regeringen, er ikke altid den nemmeste at finde for borgerne eller at forstå, da den viden tit bliver brugt til at ændre i dele af teknologien. Dette problematiserer borgernes forståelse af teknologien og dermed også deres viden omkring den, for hvis borgeren ikke ved at den viden, de har brug for eksisterer, kan borgeren ikke tilegne sig den, og dermed bliver teknologien svær for et samfunds borgere at forstå. I Sundhedsstyrelsen undersøgelser, der kigger på borgernes holdninger, er et stort emne, at de ikke ved nok omkring organdonation, selvom de selv går rundt og tror det. Denne modsætning viser, at borgerne har sværere ved at forstå den viden, der bliver givet til dem, selvom de tror, de har den forståelse, der er nødvendig. Her er det at Dansk center for organdonation kommer ind. Centeret er etableret til at formidle viden omkring organdonation ud til borgerne, hvilket er med til at udbrede viden til den danske befolkning.

Overtalelse stadiet

Som tidligere nævnt i vores dokumentstudie, blev den første organtransplantation udført i 1964, og er derfra løbende blevet udvidet med ny lægevidenskab igennem årene. Man kan ud fra tidligere studier argumentere for, at drivkraften for at organdonation hurtigt blev en innovation som regeringen implementerede og havde en positiv holdning til, var at denne kunne være livreddende og blev set som en nødvendig innovation efter 2. verdenskrigen, og at de utilsigtede effekter, der kunne være dengang, fyldte mindre end de positive ting innovationen kunne bidrage til. Årsagen til tilslutningen fra regeringens side kan der argumenteres for kommer udelukkende fra et biomedicinsk perspektiv, da det er forskningen inden for lægekundskab, der ligger til grund for at innovationen eksisterer, samt at det biomedicinske perspektiv ofte er velanset, da det bliver udført på et positivistisk

grundlag, hvor der er høje valideringskrav, og det derfor anses som ”sikker” forskning. Da organdonation er en sundhedsteknologi, som er afhængig af tilslutning fra borgerne i samfundet, er det udover regeringens tilslutning altså nødvendigt, at der eksisterer en positiv holdning til innovationen.

Organtransplantationer kan ikke finde sted uden frivillige organdonorer, både levende og afdøde.

Først fra 1995 findes der konkrete tal for danskernes holdning til organdonation. I denne periode var den positive tilslutning lav på baggrund af de nyindførte hjernedøds-kriterier, og her kan der altså argumenteres for at kunne mangle oplysninger til borgerne, som ville medføre en positiv tilslutning.

I takt med at der er kommet mere forskning på området, og organdonation er noget, der bliver mere promoveret til borgerne, ses der altså også en større tilslutning. Når der promoveres positivt igennem kampagner eller for eksempel dokumentar, kan der også opstå en dialog i imellem nære individer, som kan være med til at ændre holdningen til organdonation fra noget negativt eller måske slet ikke at have en holdning, til at få en positiv holdning. Her kan der også argumenteres for, at instanser som Center for Organdonation er med til at bidrage til disse, da de netop har til formål at oplyse danskerne om organdonation, og dermed kan træffe beslutning om tilslutning på et velinformeret grundlag. Ud fra de undersøgelser vi har kigget på i vores dokumentstudie, kan der stadig argumenteres for, at der mangler information om visse faktorer inden for organdonation, og at der især hos visse aldersgrupper mangler information om, hvor man specifikt finder disse henne.

En del af det, at blive overtalt til at tage en innovation i brug, hænger oftest også sammen med om borgerne kan se sig selv bruge innovationen i den nærmeste fremtid, og med organdonation kan dette være svært, da det oftest handler om, om du er syg eller ej og om døden i sig selv. Som undersøgelsen fra Dansk Center for Organdonation viste, var netop dette en af årsagerne til at borgerne ikke havde tilmeldt sig eller taget stilling til at være organdonor.

Derimod kan det at borgeren bliver syg eller kender en, der har brug for en organtransplantation gøre, at borgeren finder innovation mere attraktiv og på baggrund af borgerens livssituation gøre, at deres holdning ændrer sig.

Ud fra vores dokumentstudie er der en overvejende positiv holdning til organdonation i Danmark, og det er derfor muligt både fra et samfundsmæssigt perspektiv og individuelt perspektiv at gå videre til næste fase.

Beslutningstagning

Som tidligere nævnt, er beslutningsstadiet et tidspunkt, hvor borgere finder ud af, om en innovation skal accepteres eller forkastes.

Organdonation er en sundhedsteknologi, som man som borger ikke kan afprøve, før man implementerer den. Dermed kunne man forestille sig, at organdonation kunne være svært at forstå for en normal borger i samfundet. Der kunne være en stor risiko for en passiv afvisning.

Vi kan dog se, at holdningen til organdonation har været lav, men i takt med sundhedsteknologiens udvikling, er den blevet taget godt imod, på trods af at sundhedsteknologien kan være svær at forstå omfanget af. Dermed kan vi argumentere for, at mere viden på området kan være med til, at borgere beslutter sig for at ville godtage organdonation.

I forhold til staten har man besluttet, at organdonation er en sundhedsteknologi, man gerne vil implementere. Her kunne man forestille sig, at den biomedicinske viden har vægtet tungt i beslutningstagningen, og at man har vægtet at kunne redde menneskeliv. Opbakningen fra statens side er med høj sandsynlighed kun blevet større, jo mere viden og evidens for sikre behandlingsforløb, der er kommet. Dermed kan man argumentere for, at vidensstadiet er ekstra vigtigt for statens side i en beslutningsproces, hvorimod borgere skal decideret føle, at sundhedsteknologien er brugbar for netop deres liv. Hvis borgeren ikke føler det, kan de have større tendens til ikke at have tilslutning til organdonation.

Implementering

På et samfundsmæssigt niveau kan vi argumentere for, at organdonation er en fuldt implementeret sundhedsteknologi, da organdonation er blevet institutionaliseret og er en fast del af praksis på de danske sygehuse. Vi er dog også opmærksom på, at der her er et magtforhold, som kan ændre sig. Hvis en regering bliver udskiftet, og der pludselig er flertal for at fjerne organdonation, kan organdonation som sundhedsteknologi blive forkastet. Dog har regeringen mulighed for at genopfinde organdonation igennem eksempelvis forskning, som kan gøre, at man finder nye og bedre måder at gennemføre organdonation. Dette kan gøre, at organdonation har større chance for at blive godt implementeret.

På et borgermæssigt niveau vil vi også mene, at organdonation er overvejende implementeret, da langt de fleste danskere har en positiv holdning til organdonation. Dog er der stadig en del af befolkningen, som ikke har tilsluttet sig organdonation og ikke vil donere. Dermed ser vi organdonation som en overvejende implementeret sundhedsteknologi hos borgerne. Hvis organdonation pludselig ikke lever op til borgerens forventninger ved implementering, kan borgerne godt vælge at forkaste sundhedsteknologien, da de måske havde en forventning, der ikke blev opfyldt, da de rent faktisk skulle bruge organdonation.

Bekræftelse

Hvis en innovation har en høj grad af implementering, burde den også have en lav grad af afvisning.

I dette stadie forsøger både regering og borgere at få bekræftet, at tilslutning til organdonation fortsat er et korrekt valg. Dette bliver gjort igennem den udvikling, der sker inden for forskning i organdonation og den information, der bliver stillet til rådighed for borgeren. Den måde dette kan gøres på er ved at genbekræfte beslutningen, som gøres igennem udsletning af dissonans. Dette kan blandt andet gøres ved at være opmærksom på misinformation og derved sørge for, at borgerne bliver korrekt informeret.

Vi kan hermed se, at der har været flere barrierer og udfordringer for implementering af organdonation i Danmark. Vi kan dog også se, at der har været flere fordele end ulemper i takt med, at sundhedsteknologien har udviklet sig, og dermed er der sket en fuld implementering i Danmark, men at der stadig er mulighed for forkastelse over tid. Som SCOT også siger, har borgerne en stor indflydelse på teknologien. I takt med at brugen af teknologien er blevet implementeret, har det sociale omkring teknologien været med til at skabe en accept omkring denne. Uden indflydelse og accept fra borgerens side, ville teknologien blive overflødig.

Dokumentstudie af organdonation som sundhedsteknologi og den historiske udvikling.

Kritisk analyse af kilder

- [Organdonation - Netdoktor](#)

Netdoktor.dk er en lægevidenskabelig hjemmeside, som er 80% ejet af Berlingske Media. I vores dokument står der ikke præcis, hvem der har skrevet dokumentet, men hjemmesiden bliver drevet af læger og andre eksperter (Den Store Danske, 2016). På hjemmesiden sidder der en redaktion med skribenter, som har skrevet dokumentet, men vi kan også se at dokumentet er gennemlæst og valideret af Lone Bøgh, som er udviklingssygeplejerske for Dansk Center for Organdonation. Da indholdet omhandler organdonation, og man kan se, hvornår dokumentet er opdateret, virker dokumentet ægte og reelt.

Når vi kigger på dokumentet, vurderer vi, at dokumentet er overvejende troværdigt. Dette gør vi, da dokumentet er blevet gennemlæst og rettet af en reel fagperson, der har tilknytning til emnet. Samtidig er vi bevidste om, at dokumentet er skrevet af en redaktion, der kan have et formål med at skrive dokumentet. Det kan blandt andet være med henblik på salg, hvilket kan gøre at skribenten måske sensationaliserer mere end normalt. Derudover kommer Lone Bøgh fra en organisation, som muligvis også kan have interesser i at udbrede informationen i dokumentet så bredt i befolkningen som muligt.

Når vi ser på om dokumentet er repræsentativt, vurderer vi, om dokumentet giver et billede af den virkelighed, vi ønsker at undersøge. Det mener vi, at dokumentet gør, da dokumentet er valideret af en udviklingssygeplejerske fra Dansk Center for Organdonation. Der bliver brugt vendinger som "organdonation handler om at hjælpe andre", hvilket er en meget positiv måde at se og beskrive organdonation. Så udover at informere om de regler og kriterier, der er på organdonorområdet, er der også en positiv opfattelse og beskrivelse af organdonation. Vi vil derfor mene, at dokumentet er faktuel og repræsentativt, men vi er også bevidste om, at dokumentet er skrevet af personer med en bestemt tilgang til emnet.

I forhold til betydning i dokumentet er selve teksten skrevet i et ukompliceret sprog, hvor der ikke er blevet brugt ord, som ikke bliver forklaret. Dette mindsker misforståelser, som man godt kunne forvente, når dokumentet søger at forklare lægefaglige tematikker. Dette kan skyldes, at der også har været en redaktion inde over teksten i dokumentet. Vi vurderer, at

dokumentets primære formål er at oplyse læseren så simpelt som muligt, men at dokumentet dog stadig har træk og tekst, der har en overvejende positiv indstilling til organdonation. Dermed er den oplysende, men ikke neutral.

- [ORGANDONATION: Ethiske overvejelser og anbefalinger - Det Ethiske Råd](#)

Dette dokument er en rapport lavet af Det Ethiske Råd. Umiddelbart har vi ikke nogen grund til at tro, at dokumentet ikke skulle være skrevet af Det Ethiske Råd, men man kan dog stille spørgsmålstejn til hvem i Det Ethiske Råd, der har skrevet dokumentet. Da dokumentet er udgivet som PDF, kan vi være sikre på, at dokumentet ikke kan ændres af udefrakommende, når det først er lagt op.

Som udgangspunkt er Det Ethiske Råd en troværdig kilde, og derfor mener vi godt, at man kan stole på det, der står i dokumentet. Vi tager dog højde for, at Det Ethiske Råd er en organisation, med formål at rådgive på etiske områder for blandt andet Folketinget. Dog er de et uafhængigt råd, så deres primære fokus er at rådgive på forskellige emner (Retsinformation, 2004).

Det Ethiske Råd beskriver den historiske udvikling, hvilket vi kan se som et forsøg på at beskrive virkeligheden, der var. Dokumentet beskriver udviklingen på en neutral måde, hvor det ikke afsløres, om forfatteren har en positiv eller negativ holdning til emnet. Det er med andre ord en meget beskrivende tekst. Dokumentet er fra 2008, og dermed kan der være forskning i dokumentet, som ikke er nutidigt, som man skal være opmærksom på.

Som tidligere nævnt, er Det Ethiske Råds opgave at rådgive på etiske områder. Derfor kan vi udlede, at forfatterens intention er at informere om organdonations historiske udvikling. Vi vurderer, at teksten er skrevet i et forståeligt sprog, så risikoen for misforståelser er så minimal som muligt.

- [Historien om transplantationer - InfoSundhed.dk](#)

Dette dokument er skrevet af infosundhed.dk. Driften af infosundhed er påtaget af et firma kaldet Viva Nord ApS. Det er også dem, der ejer domænet infosundhed.dk. Dokumentet påpeger, at teksten er skrevet af infosundhed.dk, hvilket vi formoder er redaktionen bag. Vendinger som “det er kun fantasien, der sætter grænser” er et billedsprog, som fagpersoner

måske ikke ville bruge i en mere faktuel tekst. Dog har vi ikke grund til at tro, at andre end infosundhed.dk har skrevet dokumentet, og vi kan også se i bunden, hvornår den sidst er opdateret. Vi formoder, at det kun er infosundhed.dk og eventuelt Viva Nord ApS, som har adgang til dokumentet.

Da infosundhed.dk også er drevet af fagpersoner i forhold til sundhed, kan vi umiddelbart godt antage, at teksten i dokumentet er troværdig. Dog har de ikke kilder til noget af det, der står i teksten, og det kunne man godt stille sig kritisk over for.

Vi mener, at dokumentet er repræsentativt, da det beskriver historien omkring organdonation. Dog er vi kritiske over for de manglende kilder, og at den eneste kilde er infosundhed.dk.

Teksten har en del svære begreber, som muligvis kan blive misforstået eller ikke forstået af læseren, grundet det lægefaglige emne. Dog mener vi, at forfatteren forklarer begreberne, så de nemmere kan forstås.

- [Hjernedød og organdonation - Sundhedsstyrelsen](#)

Dette dokument er skrevet af Sundhedsstyrelsen. Da teksten står på Sundhedsstyrelsens egen hjemmesiden, må vi antage at Sundhedsstyrelsen selv har skrevet teksten. Samtidig ved vi dog ikke specifikt, hvem hos sundhedsstyrelsen der har skrevet dokumentet, eller om personen har en lægefaglig baggrund. Så vi ved ikke præcis, hvem der har skrevet dokumentet, men vi må formode, at det er en ansat hos Sundhedsstyrelsen. Derudover kan vi i bunden af dokumentet se, hvornår det er opdateret og ændret.

Da dokumentet er skrevet af Sundhedsstyrelsen, kan vi formode at formålet er at informere danskerne omkring retningslinjerne i Danmark. Sundhedsstyrelsens formål er også at rådgive regeringen, så man kan også se dokumentet som en form for rådgivning. Dermed er vi også bevidste om, at der er et magtforhold, da Sundhedsstyrelsen også er en styrelse i Sundheds- og Ældreministeriet og derfor kan have bestemte interesser, vi måske ikke kender til.

Da Sundhedsstyrelsen er en styrelse, har de et bestemt billede af virkeligheden. Det er deres opgave at rådgive regeringen og informere danskerne, så derfor har de en interesse i at give retvisende information. Dog er vi bevidste om, at de har en bestemt sundhedsforståelse og tilgang til sundhed. Det kan smitte af på dokumentet.

Teksten i dokumentet er nem at forstå, og begreber som kunne være svære at forstå, bliver forklaret til læseren. Dermed opstår der ikke misforståelser på trods af, at det er en sundhedsstyrelse, der formidler et budskab.

- [Donation efter cirkulatorisk død \(DCD\) - Sundhedsstyrelsen](#)

Som ved den tidligere kilde, har vi de samme observationer i forhold til denne kilde. Der er et forklarende sprog, og man kan se i dokumentet, hvornår det senest er opdateret og ændret.

- [I TVIVL OM ORGANDONATION? En undersøgelse af danskernes tvivl om organdonation - DANSK CENTER FOR ORGANDONATION](#)

Da dokumentet ligger på Dansk Center for Organdonations hjemmeside, antager vi, at de selv har skrevet dokumentet. Der er ingen indikationer på at teksten kommer fra andre kilder. Dog refererer de til andre kilder for mere læsning. I dette dokument kan vi ikke se om dokumentet er blevet ændret eller hvornår. Dermed kan vi ikke være sikre på, at det samme altid har stået i dokumentet, da det ligger på en website.

Forfatterens formål formoder vi at være formidling af viden til den danske befolkning. Derudover har de en klar positiv holdning til organdonation, hvilket vi er opmærksomme på. Derfor kan man argumentere for, at de igennem deres tekst forsøger at opnå en positiv holdning til organdonation, ved ikke at skrive negativt om emnet. Teksten kan virke neutral, men man kan argumentere for at de ikke kan skrive neutralt, når deres holdning er positiv.

Da kilden er troværdig og teksten er faktuel, anser vi dokumentet for at være en korrekt forklaring på verden. Igen er vi dog bevidste om, at kilden ikke er upartisk, hvad angår holdningen til organdonation.

Forfatterens intention er at informere danskerne om organdonation og give dem en positiv holdning til emnet. Emnet bliver udfoldet og beskrevet forholdsvis enkelt, men der er visse begreber, som teksten tager for givet, at vi som læser ved hvad det er. Et eksempel er når de nævner serviceloven som det måske ikke er alle der præcis ved hvad er eller indebærer.

- [From motivation to acceptability: a survey of public attitudes towards organ donation in Denmark - Nordfalk et al.](#)

Da dette dokument er en PDF, kan vi være sikre på at der ikke kan ændres i dokumentet. Derudover er det en forskningsartikel, så vi kan være sikre på, at de, der står som forfattere, rent faktisk har skrevet artiklen. Vi har altså ingen grund til at tro, at andre end forfatterne har skrevet artiklen.

Vi er bevidste om, at forfatterne har en eller anden forforståelse, inden de skriver artiklen. Når der er tale om forskning, mener vi dog, at dokumentet er troværdigt nok. Den er gennemgående neutral, og forskerne formår at undersøge emnet uden selv at tage stilling til, hvad der er godt eller dårligt.

Forfatterne er kommet frem til deres resultater primært gennem kvalitative metoder som for eksempel telefoninterviews. De er meget gennemsigtige i deres metode, hvilket gør, at vi mener, at dokumentet beskriver virkeligheden meget præcist.

Meningen med dokumentet er at skabe ny viden på området. Vi mener, at al baggrundsviden bliver forklaret, og artiklen er forståelig for læseren.

- [Holdningsundersøgelse om organdonation 2021: Undersøgelse af danskernes viden, holdning og stillingtagen - Sundhedsstyrelsen](#)

Vi har tidligere analyseret Sundhedsstyrelsen som kilde, og vi har de samme observationer til denne udgivelse. Det er tydeligt, hvem der er forfatter på teksten, og årstallet er tydeligt, samt at teksten er rimelig ny. Derudover kan dokumentet ikke manipuleres med, da det er udgivet som en PDF. Sundhedsstyrelsen gør meget ud af at forklare dataindsamlingsmetoden, og de henviser til, at undersøgelsen er repræsentativ for den danske befolkning, der har mulighed for at tage stilling til organdonation.

- [NATIONAL HANDLINGSPLAN FOR ORGANDONATION: PÅ BAGGRUND AF ARBEJDSGRUPPENS FAGLIGE ANBEFALINGER VEDRØRENDE ORGANDONATION - MINISTERIET FOR SUND OG FOREBYGGELSE](#)

Denne kilde er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Dokumentet er skrevet på baggrund af Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe og er støttet af bestemte partier i Folketinget. Formålet med dokumentet er at udrulle 23 initiativer, med et positivt syn på organdonation, så transplantationsområdet bliver styrket.

Da dokumentet har ministeriets logo, mener vi, at dokumentet har autenticitet, og da det er en PDF med dato på, mener vi ikke, at der er blevet ændret i det, efter vi har læst det.

Da dokumentet har ministeriets logo, tolker vi dokumentet som troværdigt. Samtidig er vi bevidste om, at dokumentet har et specifikt formål, som er at styrke holdningen og indsatsen på transplantationsområdet. Dermed forsøger dokumentet og forfatterne at få en bestemt holdning igennem.

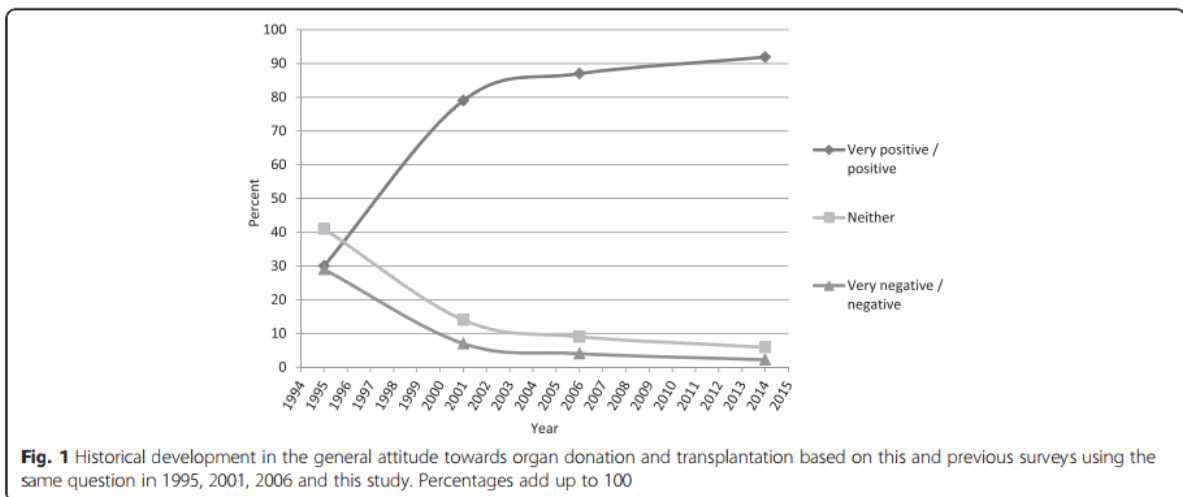
Dokumentet er lavet på baggrund af Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe, så det er svært at vurdere om dokumentet får det fulde billede af, hvad der sker i verden. Dokumentet er baseret på arbejdsgruppens version af virkeligheden.

Der kan være skjulte intentioner med dokumentet, men vi kan ikke umiddelbart se dokumentet som svært at gennemskue eller med mangler, som gør dokumentet svært at læse. Vi kan dog tolke på dokumentet, at forfatterens intention er at fremme organdonation i Danmark.

Vi kan dermed tolke, at de forskellige dokumenter har forskellige aktører bag, som også kan have forskellige sundhedsforståelser og tilgange. Dette kan have indflydelse på dokumentets udformning, indhold, og dette er vi bevidste om i vores analyse.

Sammenligning af den tekniske/historiske udvikling med befolkningens holdning til organdonation

Denne sammenligning vil gå ind og undersøge danskernes holdninger til organdonation, ved forskellige historiske vendepunkter i forhold til sundhedsteknologien.



Figur 4 (Nordfalk et al., s. 6.)

På grafen kan man se danskernes holdning til organdonation over tid. Vi har valgt at tage udgangspunkt i årene 1995, 2014, 2015 og 2021, da det er her vi ser en ændring i graferne.

Vi kan se, på grafen ovenfor, at tilslutningen til organdonation i 1995, kun var på 30% af adspurgte i figur 4. Dette kommer sig af den samfundsmæssige debat, der var i 1990'erne hvor befolkningen var meget imod hjernedødkriterierne, der blev indført der (Nordfalk et al., side 2).

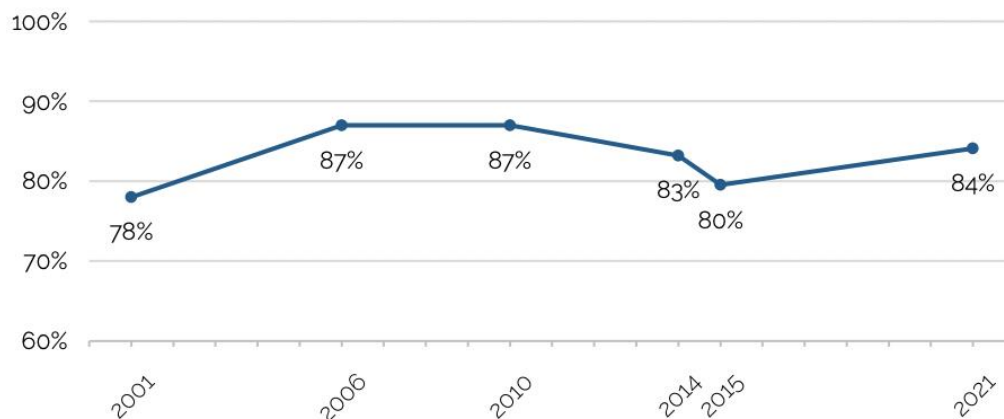
Vi argumenterer for, at tilslutningen i 1995 stadig var lav, da det kun var fem år siden, hjernedødkriteriet var blevet indført i Danmark. En grund til den lave tilslutning kunne derfor være, at sundhedsteknologien stadig var ny, og befolkningen havde måske stadig ikke så meget viden omkring kriteriet. Som Sundhedsstyrelsen graf (figur 4) viser, var der i år 2001 78% af de adspurgte, der havde en positiv holdning til organdonation. Denne positive holdning har fortsat siden, med undtagelse af undersøgelsen i 2015, hvor holdningen faldt med 3% fra tidligere undersøgelser.

Vores tidligste tal over holdningen til organdonation er altså fra 1995, og vi kan se at holdningen primært er blevet mere positiv igennem tiden i takt med, at teknologien på donationsområdet også har udviklet sig.

Et andet vendepunkt kan ses i 2014. Her kom regeringen ud med en handleplan efter lang tids fald i tilmeldingen af organdonorer. Når vi kigger på grafen nedenfor, ser vi, at procentdelen af respondenterne, der er positive eller mere, falder fra 2010 til 2014, med 5%. Dette fald ligger samtidig med, at regeringen kom med en handleplan på organdonationsområdet i juli

2014 (MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, 2014, side 1). Vi tolker, at der er en sammenhæng mellem disse to. Denne handleplan indebar blandt andet en mulighed for at udvide organdonationstilgange, til også at inkludere hjertedød (DCD) (MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, 2014, side 13). Handleplanen blev udrullet i løbet af 2014, og resultatet af denne udrulning ift. respondenternes meninger kan man se i 2015. Derfor kan man argumentere for, at denne handleplan har haft en negativ indvirkning på meningene ved udrulningen, da handleplanen ville ændre på organdonationstilgangen. Vi tolker dog, at i takt med, at mere viden omkring DCD blev tilgængeligt, steg den positive mening omkring organdonation.

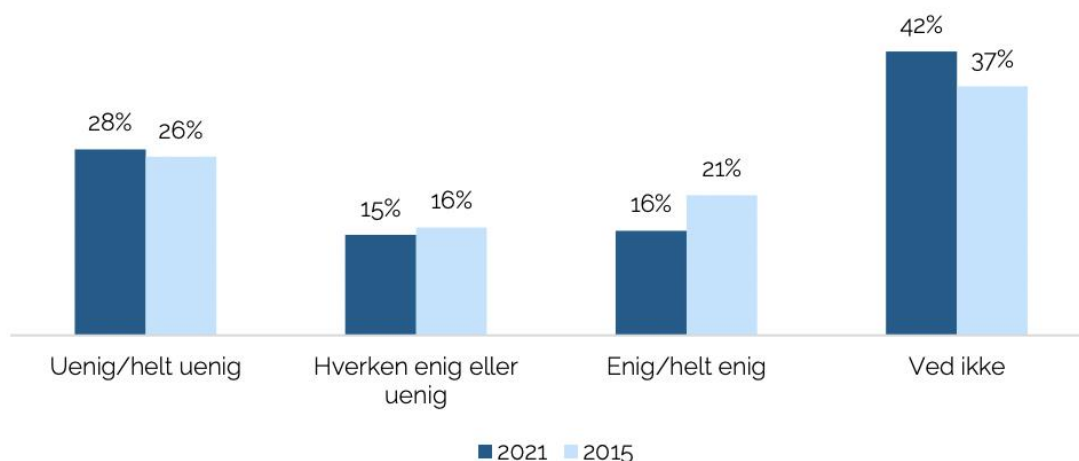
Figur 5 Andel som har svaret positiv eller meget positiv til spørgsmålet "Hvad er din umiddelbare holdning til organdonation?"



Figur 5 (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 10.)

Selvom holdningen til organdonation faldt i 2015, er den kun steget indtil 2021. I 2019 blev DCD implementeret, hvilket måske har haft indflydelse på danskernes stigende positive holdning. Samtidig kan man også sige, at DCD stadig var forholdsvis nyt i 2021, så dermed kan det også være for tidligt at sige, at DCD har indflydelse på holdningen.

Figur 4 Besvarelser til udsagnet "Der findes eksempler på, at hjernedøde er kommet til live igen"



Figur 6 (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 9.)

Når man ser på figur 6, er der fra 2015 kommet nye spørgsmål ind i Sundhedsstyrelsen undersøgelse. Her bliver spørgsmålet omkring, hvorvidt hjernedøde er levet op igen, indført i undersøgelsen, hvilket det ikke har været før. Dog kan man også se her, at selv om der er et fald i procentdelen, der tror på dette udsagn i 2015, falder den fra 21% til 16% i 2021.

Grundene til dette kan være en bedre forståelse af, hvad det er at være hjernedød indebærer, men samtidig er der sket en stigning i procentdelen af folk, som ikke ved hvad de mener omkring dette spørgsmål. Her kan vi derfor argumentere for, at selvom vi har mere viden og bedre vilkår, er der stadig en god del af de adspurgte, der ikke ved nok omkring organdonation til at kunne tage den beslutning.

Ud fra vores dokumentstudie kan vi tolke, at de sundhedsteknologiske fremskridt har været med til at ændre borgernes holdning til organdonation. Da hjernedøds-kriteriet blev indført, var den danske befolkning meget imod det.

I undersøgelsen fra 2021 kan vi dog se, at på trods af befolkningens skepsis, er opbakningen stadig meget høj. I studiet fra 2016 kan vi se, at vi er et af de lande i Europa, der har den største opbakning til organdonation. I overensstemmelse med SCOT teorien kan man fortolke, at teknologien ikke ville blive brugt uden opbakning fra de mennesker, der skal bruge den eller potentielt skal bruge den. Dermed hænger behovet sammen med teknologiens værdi.

Vi kan tolke på vores analyse, at danskernes meninger omkring organdonation ændrer sig over tid ved de teknologiske vendepunkter. De vendepunkter tolker vi til at have haft indflydelse på en ændring i samfundsmeningen omkring organdonation.

Analyse af Interview

I forbindelse med vores forforståelse, ønskede vi at undersøge den specifikke målgruppe og høre, hvad deres holdninger var i forhold til vores interviewguide.

Vi tog udgangspunkt i to af de fem hovedpunkter og valgte at fokusere på unges frygt for døden i forbindelse med organdonation, viden omkring organdonation og aflivning af misforståelser i forbindelse med organdonation. Derudover har vi også fokuseret på Sundhedsstyrelsens undersøgelse, der fokuserer på, hvor unge ønsker at få deres information omkring organdonation fra, hvilket også afspejler vores spørgsmål "Hvordan kunne du ønske, at der kom mere information om organdonation?".

Det, vi undrede os mest over i samtalen om organdonation, var spørgsmålet omkring de unges frygt for døden. Igennem vores interviews fandt vi, at otte ud af ti slet ikke fandt døden skræmmende eller så det som en hindring for at snakke om organdonation. Blandt andet sagde en af de interviewede, en dreng på 19 år, at: *"[...] jeg er ateist, og jeg har det sådan med døden, jeg ved, hvad der var før jeg eksisterede 19 år siden, og jeg ved, hvad der er efter, på den måde, så for mig er det ikke et tabu at tale om det. Jeg synes derimod, at det er vigtigt, altså men jeg tror, at der er rigtig mange andre der har. Især ikke så meget unge mennesker, der er det nemt at tale om døden, men mere middelalderen og ældre mennesker, der kan det være svært for dem, fordi de jo er tættere på"* (Bilag 1).

Dermed fortolker vi, at han nærmere synes, at det er nemmere at snakke om organdonation og døden som ung, fordi man netop er ung og ikke er tæt på døden endnu.

Modsat havde vi også en 18-årig, der var kristen, og netop hans religion begrundede hans svar, at han ikke var bange for døden og heller ikke i forbindelse med snakken om organdonation. Da vi spurgte, hvorfor han ikke havde noget imod snakken om døden, svarede han: *"Fordi jeg er kristen"* (Bilag 3). Dermed fortolker vi det, som om at de unge har taget

stilling til deres overbevisning, og det ligger til grund for deres accept af døden i forbindelse med organdonation.

De to interviewpersoner, som skilte sig ud, var to piger på 17 år. Til spørgsmålet svarede de: *“Altså det er da lidt skræmmende, synes jeg, at snakke om”* og *“Ja, en lille smule, ja”* (Bilag 2). Ud fra resten af interviewet fortolker vi dog, at frygt for døden ikke er deres begrundelse for manglende tilmelding, men derimod er det, at de ikke ved nok om emnet. I interviewet spørger vi ind til deres holdning til at være organdonor selv, og hertil svarer den ene *“Altså det ikke rigtig noget, jeg har tænkt over”* og den anden supplerer med *“Nej, det har jeg heller ikke. Men jeg tror også, at det er fordi man ikke har hørt så meget om det. Så man har ikke rigtig sat sig ind i det. Men jeg synes at det er meget fint, at der er andre der gør det.”*(Bilag 2).

Vi tolker dermed, at vores interviewpersoner generelt ikke ser døden som en forhindring for at snakke om organdonation. Dette fører videre til vores undren for, hvorfor det så kan være, at tilmeldingsprocenten er så lav for vores målgruppe.

Hermed spurgte vi ind til deres viden om organdonation.

Otte ud af ti af vores adspurgte interviewpersoner tilkendegav, at de ikke vidste noget om organdonation, og hvordan sundhedsteknologien fungerede. Den ene af de to, der tilkendegav, at de kendte til organdonation, svarede dog, at hun kun kendte lidt til det, men uddybede ikke nærmere. Vi havde kun en interviewperson, som kunne fortælle om organdonation i dybden.

Blandt andet svarede en 17-årig pige: *“Nej jeg tror ikke, at jeg ved så meget om det nej”* (Bilag 2).

Vi fandt også ud af, at ingen af de adspurgte kendte til aldersgrænsen på 15 år for tilmelding til donorregisteret. En 17-årig pige sagde blandt andet:

“[...] Altså nu er jeg jo ikke 18 år, det vil sige jeg kan ikke gå ind og sådan registrere mig, men jeg har bare sagt til mine forældre, at hvis der nu skulle ske et eller andet så giv og brug min krop til at redde nogle andre” (Bilag 1).

Dette fortolker vi, som at hun antager, at aldersgrænsen er 18 år. Hun er dermed ikke bevidst om reglerne på organdonation området. Denne uvidenhed går igen, da en anden interview person, også en pige på 17 år, svarede: *“Er det måske 18+? Tror jeg”* (Bilag 2).

Ud fra interviewet fortolker vi, at vores interviewpersoner generelt ikke har særlig stor viden om organdonation. Samtidig tolker vi, at der er en stor misinformation omkring aldersgrænsen for, hvornår man kan tilmelde sig som organdonor.

Til slut ønskede vi at undersøge, om de interviewede vidste, hvor de skulle søge efter information omkring organdonation, og om de havde forslag til, hvor information omkring organdonation bedst ville nå ud til dem selv.

Dertil var der ingen af de adspurgte, der kunne fortælle om et konkret sted, de vidste, at de kunne finde information. De svarede blot, at de ville google sig til information, hvis de skulle.

Til udbredelse af informationen, svarede en 17-årig pige: *“I skolen eller sådan noget, der kunne komme en forbi og fortælle om det eller på sociale medier. Måske sådan noget”* (Bilag 2).

Dermed kan vi tolke på hendes svar, at hun ikke mener, at der er nok information omkring organdonation i skolen. Derudover tolker vi, at hun foreslår, at de sociale medier bliver brugt mere flittigt.

En 19-årig dreng svarer: *“Det synes jeg ikke, at der er, der skulle selvfølgelig informeres på et praktisk plan, men jeg synes bare, at man skulle gøre, at alle skal være organdonor fra (fødslen), lidt som man pr. automatik er medlem af folkekirken, og så må folk, der af den ene eller anden årsag, det skal jeg jo ikke blande mig i, som ikke ønsker det, de kan så melde sig fra, ligesom man kan med folkekirken”* (Bilag 1).

I hans svar tolker vi, at han heller ikke mener, at der er nok information på området.

Derudover tolker vi, at han kommer med et forslag til en alternativ måde til, at få folk til at sætte sig ind i sundhedsteknologien, ved at folk automatisk bliver registreret som organdonor og dermed bliver tvunget til at sætte sig ind i sundhedsteknologien for at tage stilling.

Dette spørgsmål om automatisk tilmelding leder videre til vores diskussion, hvor vi vil diskutere et borgerforslag, som bliver ved med at være aktuelt.

Diskussion

Som tidligere nævnt er der aktivt et borgerforslag, som bliver behandlet hos regeringen. Forslaget omhandler aktivt fravalg af organdonation, hvor man automatisk bliver tilmeldt donorregisteret, når man fylder 18 år. Forslaget prøver at løse problematikken med manglende registreringer af donorer og tvinge borgerne til at tage stilling til organdonation.

Man kan diskutere, i hvilken grad forslaget ville have en effekt på borgerne. På den ene side, kan man diskutere, om forslaget fjerner borgerens autonomi ved, at man automatisk bliver tilmeldt som donor fra statens side, hvilket man kan se som en paternalistisk tilgang til sundhed. Dette kan man også diskutere, om modstrider sundhedsvæsenets tilgang til at bevare borgernes autonomi mest muligt. Forslagets formål er at få flere organdonorer, men man kan diskutere om forslaget har den modsatte effekt, da en fjernelse af autonomi kan være med at skabe samfundsoprør. Det kan diskuteres, om tvang kan være med til at skabe en dårlig tilslutning til organdonation, selvom borgeren måske har en positiv holdning til organdonation. Dermed kan tvang være en forhindring, og få folk til at sige nej, kun fordi de føler sig frataget rettigheder, og ikke fordi de nødvendigvis ikke vil være organdonorer. På den anden side kan borgerforslaget have en positiv effekt på borgerne og formålet for forslaget. Man kan diskutere om den automatiske tilmelding kan tvinge flere mennesker til at tænke over og tage en beslutning omkring organdonation. Det kan være svært for borgerne at være passive, da man ved automatisk tilmelding bliver nødt til at tage stilling til, om man er tilfreds med at blive tilmeldt, eller om man ikke synes om det og derfor må aktivt ind og framelde sig. Dermed kunne man forestille sig, at flere ville komme på donorlisten, da der generelt er en positiv holdning til organdonation i Danmark. Man kan dermed se borgerforslaget som noget positivt for donorlisten, og de der mangler organer, men det fjerner stadig en vis autonomi hos borgeren. Samtidig med, at folk bliver tvunget til at tage stilling, kan man diskutere, om det også tvinger folk til at undersøge og finde information omkring organdonation. Samtidig er der også chance for, at borgerne melder sig fra uden at undersøge emnet nærmere. Man kan diskutere om borgerforslaget kan have begge effekter.

Vi kan også diskutere, om borgerforslaget er nok i sig selv, eller om der er behov for en indsats på informationsområdet, hvad angår organdonation. Vores interviewpersoner mangler information, og hvis disse skal have en chance for at tage et informeret fra- eller tilvalg, kan man diskutere, om hvorvidt man kan stole på, at de selv kan finde frem til de nødvendige

informationer, eller om de har brug for, at staten tager initiativ. Samtidig kan man diskutere, hvor effektivt forslaget er, hvis borgerne ikke har tiltro til sundhedsteknologien. Dermed kan man diskutere, i hvor høj grad den høje standard for sundhedsteknologien har indflydelse på borgerforslaget.

Konklusion

På baggrund af vores videnskabsteori, kan vi ikke gå ind og konkludere på vores analyse. Derimod kan vi ud fra analysen tolke, at der er en sammenhæng imellem den udvikling, der har været omkring sundhedsteknologien og borgernes holdning, og at disse to altså har været afhængige af hinanden for at kunne blive udbredt og implementeret i samfundet. Ud fra analysen kan vi tolke, at den biomedicinske tilgang også har haft en stor indflydelse på borgernes holdning til teknologien, da man kunne forestille sig, at denne form for viden bliver anset som valid i borgernes optik, da positivisme og den biomedicinske tilgang har nogle strenge krav til, hvad god forskning er, og hvordan denne valideres.

Vi kan dog også tolke ud fra analysen, at teknologien har haft mange chancer for at blive forkastet igennem tiden, men at behovet for netop denne type sundhedsteknologi har været så stor, at det positive har vægtet højere end det negative, så at den i første omgang har kunnet eksistere udelukkende pga. et stort behov efter 2.verdenskrig.

Ydermere kan vi ud fra vores analyse af interviewene tolke, at vores forforståelse primært er blevet bekræftet, men at vi dog ikke ser, at vores målgruppe har en angst for at snakke om døden. Dermed kan vi altså tolke, at den primære årsag til, at der er mangel på tilmelding til donorregistret for netop vores interviewpersoner, er manglende information om organdonation og især aldersgrænsen for tilmelding.

Litteraturliste

Boe, A, Bülow, K, Draborg, E, Mortensen, B.M, Linnet, J. (2010). Dokumentationsrapport: Spørgeskemaundersøgelse - Nyorganisering af organdonation i Region Syddanmark.

https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/20101.pdf

Broom, A. og Willis, E. (2007): Competing Paradigms and Health Research. i: Saks & Allsop (red): *Researching health : Qualitative, quantitative and mixed methods*. (pp. 16-31). Sage, London.

Dansk Center For Organdonation, (2019). *I tvivl om organdonation?*

<https://ipaper.ipapercms.dk/RM/DanskCenterforOrgandonation/i-tvivl-om-organdonation-ny-undersoegelse/?page=1>

Dansk Center For Organdonation, (u.å. a). *Danskernes stillingstagen*, tilgået d.10/03/2023

<https://organdonor.dk/organdonation-i-tal/danskernes-stillingtagen/>

Dansk Center For Organdonation, (u.å. b). *Sådan foregår organdonation*, Tilgået d.

10/05/2023 <https://organdonor.dk/viden-om/sadan-foregar-organdonation/>

Det Ethiske Råd, (2008). *Organdonation - etiske overvejelser og anbefalinger*

<https://nationaltcenterforetik.dk/Media/637880542060508641/organdonation.pdf>

Den Store Danske. (2016, 4. Januar). *Netdokter.dk*, Tilgået d. 10/05/2023

<https://denstoredanske.lex.dk/Netdokter.dk>

Folketinget, (2022-2023). *B 12 Forslag til folketingsbeslutning om aktivt fravalg af organdonation fra det fyldte 18. år i Danmark (borgerforslag)*, Tilgået d. 10/03/2023

<https://www.ft.dk/samling/20222/beslutningsforslag/b12/index.htm>

InfoSundhed, (2018, 20. oktober). *Historien om transplantationer*, Tilgået d. 03/04/2023
<https://infosundhed.dk/medicinens-historie/historien-om-transplantationer>

Jensen, A. M. B. (2008). Når døde børn er livets gave - Unisex moderskab og organdonation i USA. *Kvinder, Køn & Forskning*, (1-2). <https://doi.org/10.7146/kkf.v0i1-2.27962>

Juul, S. (2012). Kapitel 4: Hermeneutik i Juul, S. og Brandsholm Pedersen, K. (red). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*.

Jørgensen, N. (2020). *Digital signatur. En eksemplarisk analyse af en teknologis indre mekanismer og processer*.

Kristiansen, S. (2017). *Fortolkning, forforståelse og den hermeneutiske cirkel*.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag. Kapitel 7.

Medicin, (2023, 10. marts). *Organtransplantation*, Tilgået d. 10/05/2023
<https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/317576>

MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE (2014, juli). *NATIONAL HANDLINGSPLAN FOR ORGANDONATION: PÅ BAGGRUND AF ARBEJDSGRUPPENS FAGLIGE ANBEFALINGER VEDRØRENDE ORGANDONATION*
https://organdonor.dk/media/ym0nihqx/national-handlingsplan_for-organdonation.pdf

Netdoktor, (2022, 27. juni). *Organdonation*, tilgået d. 03/04/2023
<https://netdoktor.dk/fokus/donor.html>

Nordfalk, F., Olejaz, M., Jensen, A. M. B., Larsen Skovgaard, L. og Hoeyer, K. (2016). *From motivation to acceptability: a survey of public attitudes towards organ donation in Denmark*, Transplantation Research

<https://www.proquest.com/docview/1796993086/A26743C2712B417EPQ/1>

Poulsen, B., (2019). Kapitel 6: SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS I: Juul Kristensen, C. og Azhar Hussein, M. (red.) i: *Metoder i samfundsvidenskaberne*, (s. 97-116) 2. Udgave 2019, Samfundslitteratur.

Retsinformation, (2004, 09. juni). *Lov om Det Ethiske Råd*, Tilgået d. 10/05/2023

<https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2004/440>

Rigshospitalet, (u.å.). *Transport af donorhjerte*, Tilgået d. 10/05/2023

<https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/hjerte/hjerte-og-lungekirurgi/undersogelse-og-behandling/transplantation-af-hjerte-og-lunger/Sider/Transport-af-donorhjerte.aspx>

Rogers, E. (2003). *Diffusion Of Innovation*. (3. udgave). The Free press.

Sundhedsstyrelsen, (2023, 07. marts). *Donation efter cirkulatorisk død (DCD)*, Tilgået d. 03/04/2023

<https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Organdonation/Donation-efter-cirkulatorisk-doed>

Sundhedsstyrelsen, (2022a, 23. november). *Generelt om genoptræning*, Tilgået d. 10/05/2023

<https://sst.dk/da/viden/Sygdomme/Genoptraening-og-rehabilitering/Genoptraening>

Sundhedsstyrelsen, (2022b, 26. juli). *Hjernerød og organdonation*, Tilgået d. 03/04/2023.

<https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Organdonation/Hjernerod-og-organdonation>

Sundhedsstyrelsen, (2021). *Holdningsundersøgelse om organdonation 2021*

<https://www.sst.dk/-/media/Viden/Sundhedsvæsen/Organdonation/Danskernes-holdning-til-organdonation/Holdningsundersoegelse-om-organdonation-2021.ashx>

Scandiatransplant, (u.å.). *About scandiatransplant*, Tilgået d. 10/05/2023

<http://www.scandiatransplant.org/about-scandiatransplant/organisation/about-scandiatransplant>

TransMedics, (u.å.). *TransMedics OCS - Science that mirrors life*, Tilgået d. - 10/05/2023

<https://www.transmedics.com/ocs-hcp/>

Triantafillou, P., (2019). Kapitel 9: ANALYSE AF DOKUMENTER OG DOKUMENTATION I: Juul Kristensen, C. og Azhar Hussein, M. (red.): *Metoder i samfundsvidenskaberne*. (s. 148-159) 2. Udgave 2019, Samfundslitteratur.

Triantafillou, P., (2017). Kapitel 8: ANALYSE AF DOKUMENTER OG DOKUMENTATION I: Juul Kristensen, C. og Azhar Hussein, M. (red.): *Metoder i samfundsvidenskaberne*. (s. 125-137) 1. Udgave 2017, Samfundslitteratur.

Tornbjerg, K. (2019). Kapitel 2: Partnerskabet mellem mennesket og sundhedsteknologien I: Bergstedt, Maj Siercke & Sølvkjær (Red.) (2019) *Sundhedsteknologi i praksis*. (s. 33-49) FADL's Forlag.

Vincenti, W. G. (1990). *What Engineers Know and How They Know it. Analytical Studies from Aeronautical History*. The John Hopkins University Press, Baltimore and London,