



SUNDHEDSSTYRELSEN

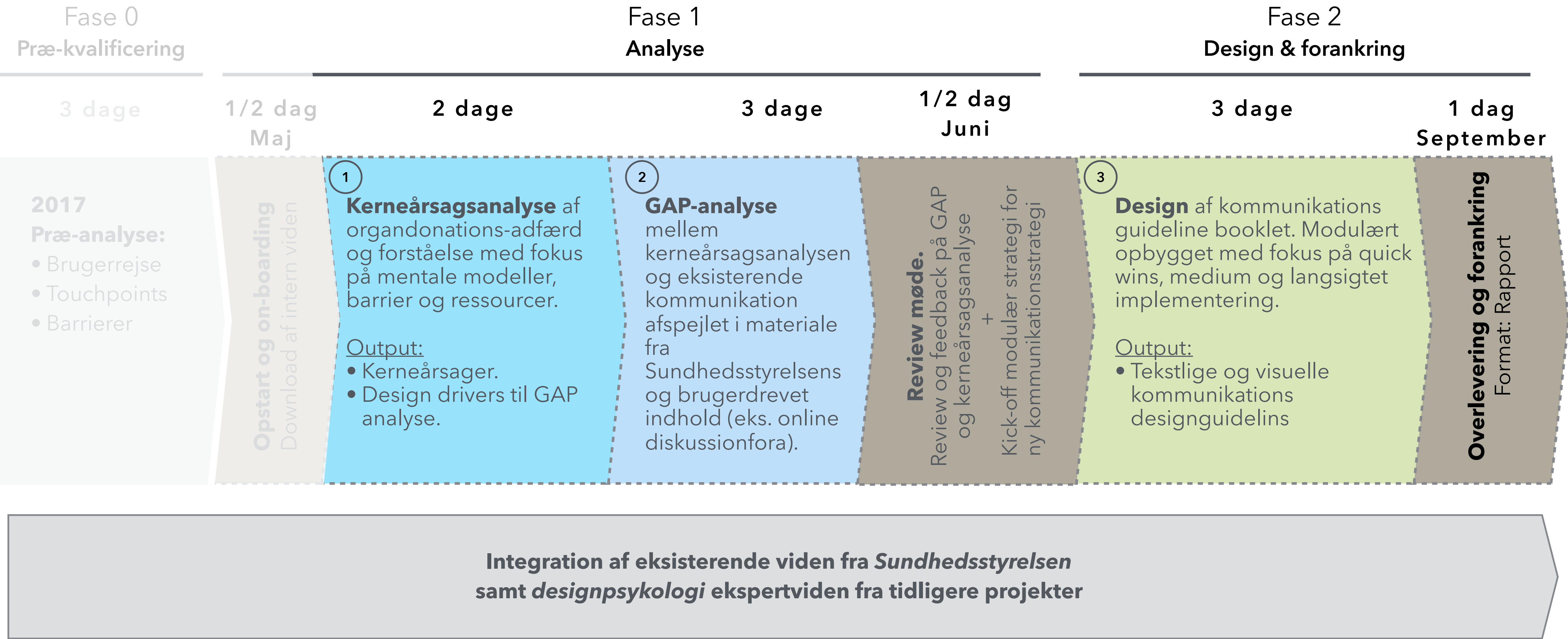


Organdonation

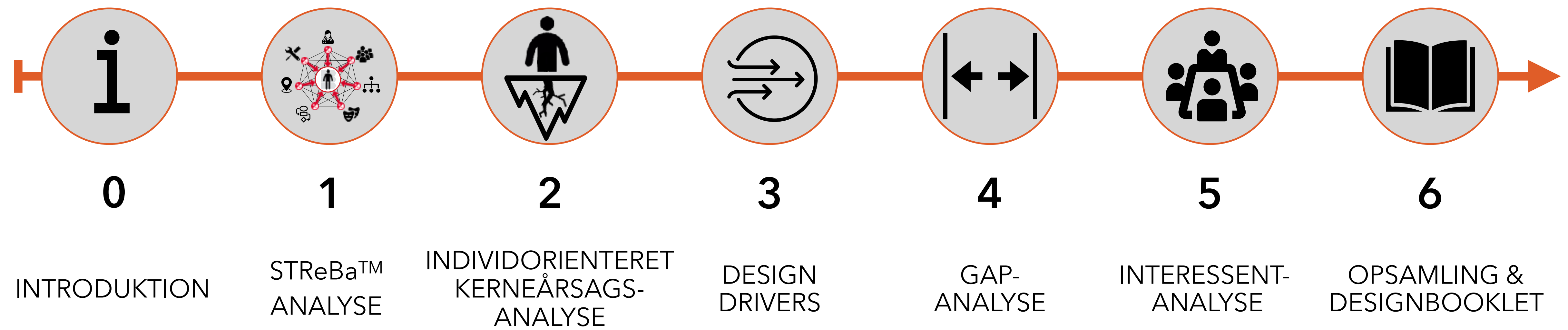
Rapport, version 1.0

August, 2018

Projektets faser og tidsforbrug



Indhold: Rapportens elementer



0. Introduction



Rapportens mål og struktur

Rapportens mål

Andelen af tilmeldte organdonorer er markant mindre end forventeligt ud fra folks generelle positive holdning til organdonation. Derfor ønsker Sundhedsstyrelsen en bedre forståelse af de mange barrierer, som opstår i forhold til organdonation, for at sikre et aktivt og oplyst valg til organdonation.

I denne rapport har **d**esignpsykologi (d.psy) identificeret de nøglebarrierer og kerneårsager, der er til, at mange danskere ikke tager aktiv stilling til organdonation gennem tilmelding, selvom de umiddelbart har en positiv holding. Samtidig indeholder rapporten en række af konkrete forslag, som kan adressere disse barrierer. Analysen er baseret på vores adfærdsanalytiske værktøjer samt inddragelse af Sundhedsstyrelsens ekspertviden på området.

Rapportens struktur og elementer

Adfærds- og kommunikationsanalysen er udarbejdet på flere plan:

1. Det første plan giver en socio-teknisk forståelse (STReBa™ model) af det system af informationer, nøgleprocesser og personer, der typisk bringer individer i kontakt med organdonation. Hertil identificerer analysen de største barrierer og ressourcer, som findes i systemet og som kan påvirke beslutningstagning.
2. Det andet plan er en individorienteret kerneårsagsanalyse, hvor individets forståelsesmæssige mekanismer og motivationelle strukturer afdækkes med særligt fokus på de implicite mentale modeller, der styrer tænkning, rationalitet og adfærd ift. organdonation. Fokus er på at identificere de relevante mekanismer, der er årsagen til diskrepansen mellem folks holdning og faktiske adfærd.
3. Kommunikative design drivers er de konkrete anbefalinger til den næste udviklingsproces. De er "svar" på kerneårsagsanalysen og er samtidigt baseret på designpsykologiske viden om udviklingen af produkt- og servicedesign.
4. GAP-analysen sammenholder kommunikationsanbefalinger med den eksisterende information for at identificere relevante kommunikative indsatsområder (donorfolderen, Giv livet videre-kampagnen, sundhed.dk og filmen om hjernedød.
5. Interessentanalysen samler et overblik over relevante interessenter for at identificere hvilke interessenter og kanaler, der bør prioriteres ift. kommunikationsanbefalingerne.
6. Den sidste del er en opsamling og designbooklet. Formålet er at integrere pointer fra andre dele af rapporten og herudfra give kommunikations-guidelines.



1. STReBa™ analyse



1. Introduktion til STReBa™ modellen

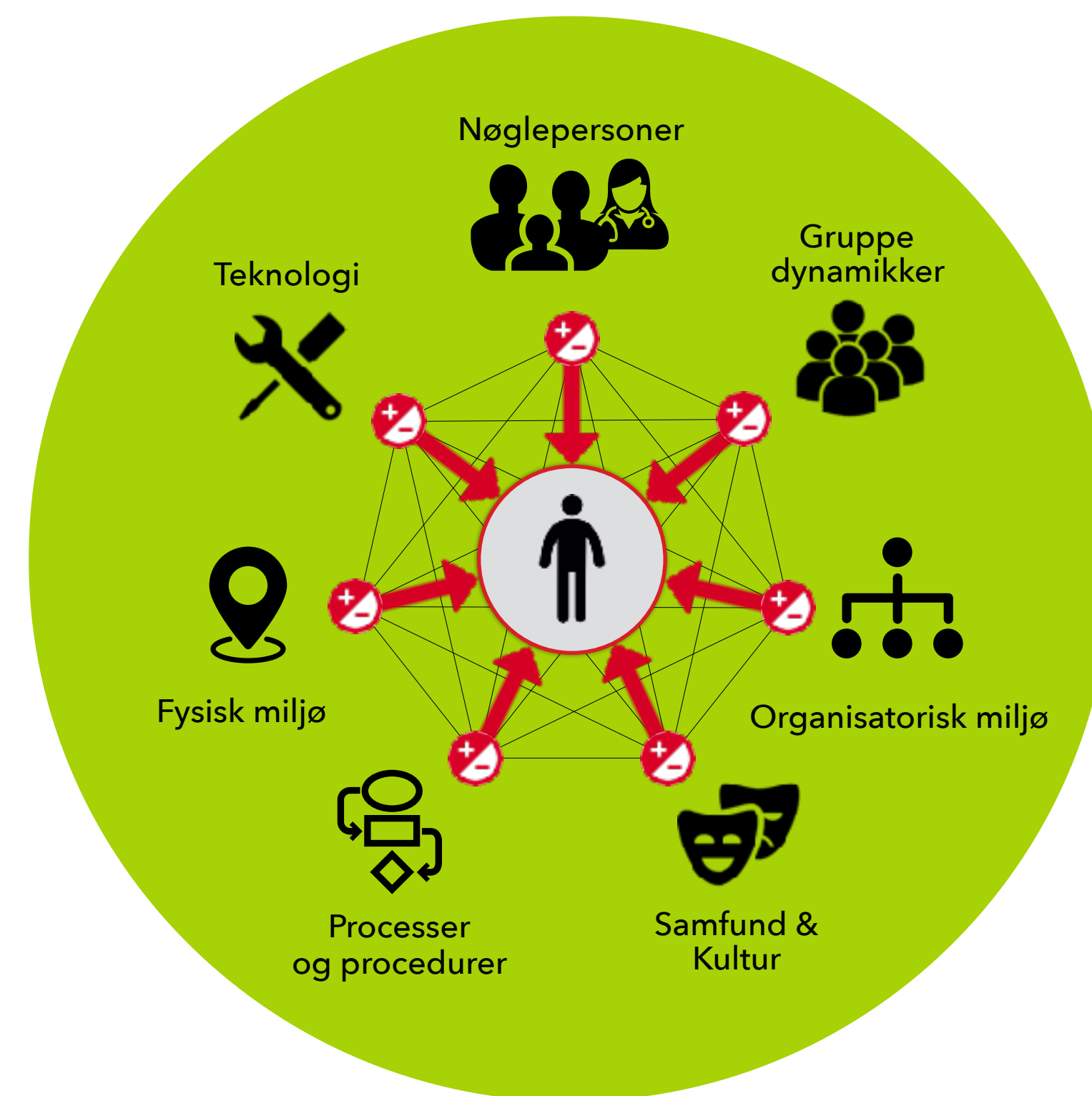
STReBa™ modellen (**S**ocio-**T**ekniske **R**essourcer og **B**arrierer) er udviklet med det formål at undersøge og analysere de socio-teknologiske mekanismer, der påvirker og iscenesætter et individs adfærd.

Modellen har syv dimensioner, som er forbundet i et komplekst netværk. Forbindelserne i netværket viser de interaktioner, der er mellem komponenterne. For eksempel hvordan individer bruger teknologi i deres fysiske miljø, og hvordan individet påvirkes af eksisterende holdninger i samfundet.

For hver af disse dimensioner vil der være mekanismer, der hhv. fremmer og hæmmer en given ønskelig adfærd. Disse kaldes derfor for ressourcer og barrierer.

En kommunikationsstrategi har ifølge STReBa som mål at rekruttere tilgængelige ressourcer samt begrænse effekten af eller helt nedbryde barrierer.

Modellens syv dimensioner er udfoldet på næste side.



1.1. STReBa™ og organdonation



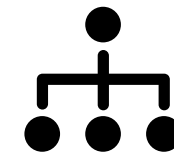
Individet der tager beslutningen til organdonation står i midten af STReBa™ modellen. Det er vigtigt at understøtte, at modellen ikke kan bruges til at forklare individets interne psykologiske mekanismer (for eksempel individets mentale modeller), men den kan give en dybdegående forståelse af den verden individet lever i.



Nøglepersoner er tit dem, som skaber et individs sociale inderkreds - familie, ægtefæller og tætteste venner. Det forventes, at nøglepersoner har en stor indflydelse (både positiv og negativ) på individet, der tager beslutningen, især når det kommer til stillingen til organdonation. Læger og sygeplejersker er også set som nøglepersoner, fordi de kan rådgive individer og ses som eksperter på kroppen.



Gruppedynamikker beskriver interaktioner mellem grupper af individer, fx. interaktion og kommunikation mellem dem som siger 'ja' til organdonation og dem som siger 'nej'.



Organisatorisk miljø refererer til formelle og uformelle regler, som er brugt i organisationer, og myndigheder, som er involveret i organdonation.



Samfund & Kultur-delen af modellen viser det socio-politiske miljø, kulturelle normer, ideologier og værdier som er tilknyttet organdonation. Fx., den måde organdonation er omtalt i medierne.



Processer & procedurer beskriver rutiner og praksisser, som foregår i forhold til organdonation. Fx., hvordan man tager stilling.



Fysisk miljø afspejler de fysiske omgivelser i hvilke beslutningsprocesser tit foregår. Fx. at de fleste får deres donorfolder, når de er flyttet (derfor åbner de brevet i deres nye hjem).



Teknologier giver indblik i hvilke teknologier/kanaler/platforme der er blevet brugt til at informere folk om organdonation/muligheder for at tage stilling til organdonation.



1.2. STReBa™ og organdonation

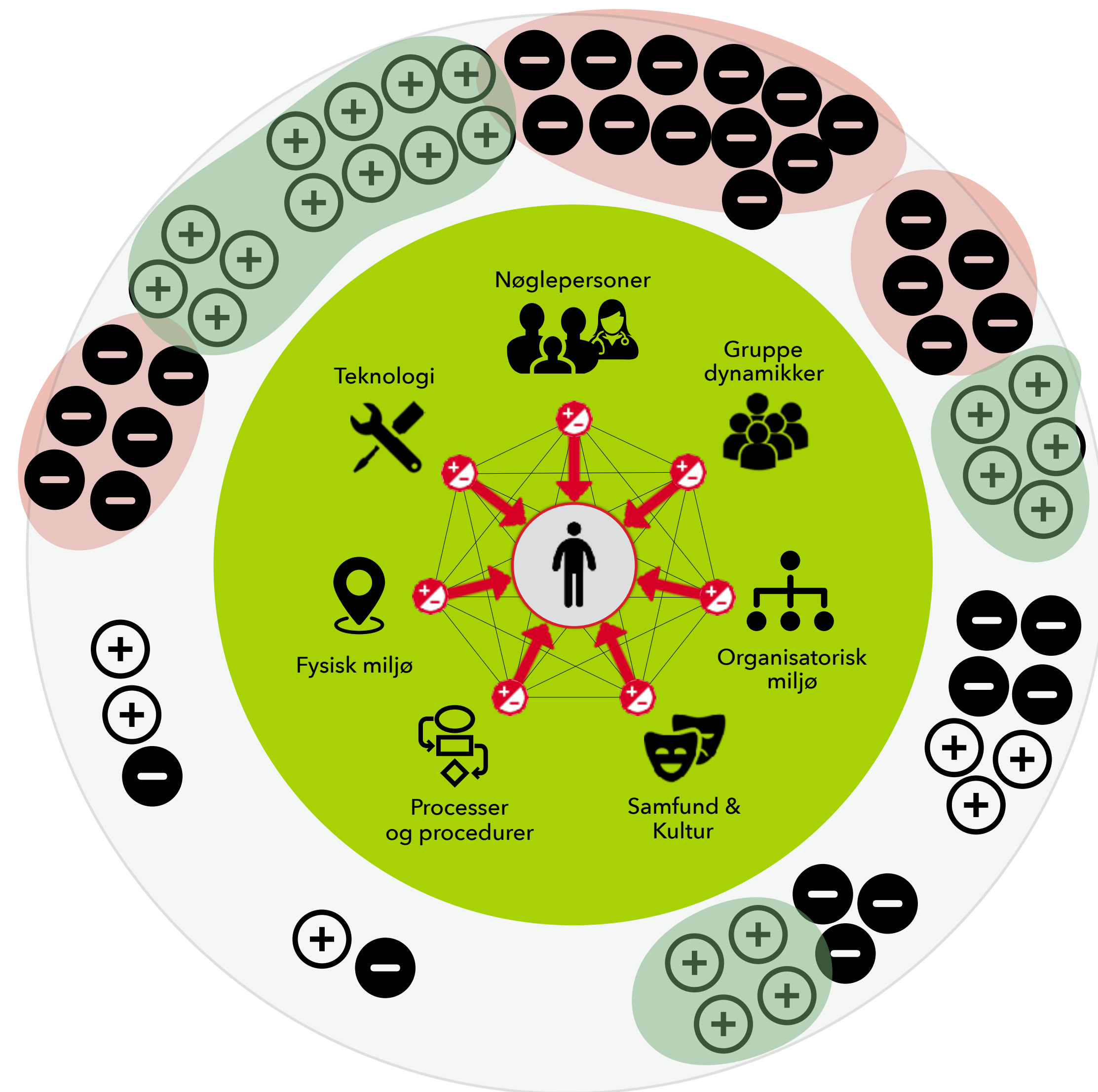
Analyse af ressourcer og barrierer til organdonation

Det vigtigste resultat af vores arbejde med STReBa™ modellen er at identificere en række ressourcer og barrierer, som omgiver individer, og som forhindrer/ støtter dem i en aktiv stillingtagen til organdonation.

Vores analyse er primært baseret på et grundigt review af faglitteratur, undersøgelsen af diskurs mellem danskere på forskellige online brugerforums, og review af nuværende processer og kommunikations-materialer/ platforme, som informerer om organdonation og hvordan man kan tage stilling til den.

Figuren til højre viser distributionen af de ressourcer (plus ikoner i grønt) og barrierer (minus ikoner i rød). Det er tydeligt, at de fleste barrierer findes blandt nøglepersoner og i gruppedynamikker (fx i samtaler mellem brugerne på sociale medier). Men der er også en del af barriererne som opstår i den offentlige diskurs og registreringsproces.

På næste side opsummerer vi de tre nøglebarrierer og ressourcer som primært bidrager til vores kerneårsagersanalyse. En komplet barriere- og ressource-analyse kan findes i Appendix.



1.3. Barrierer og -ressourcer: Nøglepersoner



+ Ressourcer - nøglepersoner

Nøglepersoner har en stor indflydelse (både positiv og negativ) på individet, der tager beslutningen. De typiske ressourcer er:

1. Den nære familie og venner har taget stilling til organdonation.
2. Den nære familie og venner har tro på og tillid til sundhedssystemet.
3. Den nære familie og venner har viden og kendskab til organdonation.
4. Personlig overbevisning (organdonation ses som et vigtigt emne som skal diskuteres).
5. Den nære familie og venner har haft en personlig erfaring med organdonation.
6. Mulighed for at have en åben debat med den nære familie og venner om organdonation og hjernedød.
7. Læger/sygeplejsker er klar til og ved hvordan de skal snakke om organdonation med deres patienter, hvis de spørger om den.
8. Religion/livstil som praktiserer altruisme i forhold til organdonation.

– Barrierer - nøglepersoner

Selvom ressourcerne kan være/blive værdifulde ift. stillingtagen, kan barrierer ift. nøglepersonernes have en stor påvirkning på individets manglende evne/vilje til at tage stilling. De typiske barrierer er:

1. Manglende viden om organdonation blandt den nære familie og venner.
2. Manglende kendskab/ukorrekte mentale modeller om hjernedød blandt den nære familie og venner.
3. Manglende initiativ til at have debat/diskussion om organdonation blandt den nære familie og venner.
4. Mistro til sundhedssystemet som er delt med den nære familie og venner.
5. Den nære familie, ægtefælle og venner har ikke selv taget stilling til organdonation.
6. Individets bekymringer ift. familiens/venners holdninger til organdonation, hvilket forhindrer debatten med den nære familie og venner.
7. Manglende vilje (kendskab til hvordan/tid/ressourcer) blandt lægerne/sygeplejersker til at diskutere organdonation med deres patienter (selvom organdonationsfolderen kan findes i deres venterum).
8. Religion/livstil som kan forhindre debatten med den nære familie og venner.
9. Kendskab til familiens holding til kropsmodifikation (i forhold til traditionen af åbne kiste).





1.4. Ressourcer og barrierer: Gruppedynamikker

⊕ Ressourcer - gruppedynamikker

Gruppedynamikker mellem individer kan påvirke individets holding til at tage stilling til organdonation. Især disse dage hvor der er mange danskere som leder efter råd fra andre brugere på internettet (fx på online brugerforums). De typiske ressourcer er:

- Information (fx. forskellen mellem hjernedød og koma) kan nemt deles ved hjælp af sociale medier eller på online brugerforums.
- Deling af positive historier som beskriver, hvorfor det er vigtigt at tage stilling til organdonation (fx. positive historier om organdonation fra patientorganisationer).
- Deling af personlige positive historier med organdonation.
- Mulighed for individet at diskutere organdonation, hvis det ikke er muligt med den nære familie og venner.
- Dem som har taget stilling kan ses som rollemodeller / influencere.

⊖ Barrierer - gruppedynamikker

De typiske barrierer er:

- Manglende viden og kendskab om organdonation blandt grupper. Det kan understøtte de ukorrekte mentale modeller om forskellen mellem hjernedød og koma.
- Stærke holdninger mellem dem som siger 'ja' og dem som siger 'nej' til organdonation (fx. dem som ikke er villige at donere organer, ikke skal reddes/ikke har ret til at få nye organer).
- Deling af negative historier som beskriver, hvordan et menneske et vågnet efter han/hun var erklæret død.
- Deling af negative historier som understøtter mistro til sundhedssystemet.
- Deling af personlige negative historie med organdonation (fx. den måde sundhedspersonalet snakkede om og håndterede organdonation).



1.5. Ressourcer og barrierer: Diskurs og teknologier



⊕ Ressourcer - offentlig diskurs og teknologier

Vi begynder med at beskrive de typiske ressourcer, som findes i forhold til organdonation i den offentlige diskurs og kultur:

- Generel positiv holdning til organdonation i Danmark (danskerne er generelt meget positive over organdonation).
- Et stort antal af offentlige kampagner med positiv framing om organdonation.
- Høj sekularisering (ikke mange religiøse hensyn til organdonation blandt danskerne).
- General positiv og bred politisk enighed om organdonation.
- General positiv diskurs vedr. organdonation.

Det er også ressourcer når det kommer til teknologiske:

- Flere tilmeldningsmuligheder til organdonation.
- Bredt kendskab til den "røde folder".
- En hurtig og simpel sign-up-proces online.
- Sikker log-in med NEM-ID.
- Nem søgbarhed.

⊖ Barrierer - offentlig diskurs og teknologier

De typiske barrierer, som findes i forhold til organdonation i den offentlige diskurs og kultur, er:

- Ukorrekte mentale modeller om forskellen mellem hjernedød og koma støttes af historierne fra medier og pop-kulturen (fx. Greys hvide verden og andre medicinske tv-serier).
- I den offentlige diskurs er organdonation omtalt fra et meget medicinsk og teknisk synspunkt (organer er set som ressourcer som sundhedssystemet har stor brug for).
- Sprogbrug (i medierne eller pop-kulturen) kan (under)støtte irrationale bekymringer (fx. organhøst mens patienterne stadigvæk er i live).
- Organdonation omtalt som folkesag (fx. individ har en pligt til at donere organer).

Det er også barrierer, når det kommer til teknologien:

- Mulig manglende teknisk kunnen hos dele af befolkningen.
- Mange kan opleve tvivl ved tilmeldning (ingen positiv bekræftelse via online tilmeldning til organdonation) eller bekymring over fortrolig data ved postafsendelse af donor kort (der er ingen konvolut).

Overvejende teknisk diskurs i donorfolderen og i online tilmeldning, som kan afskrække folk fra tilmelding (ikke forstå hvad det er de siger 'ja/nej' til).



1.6. Opsamling på STReBa analysen

Vi har i dette afsnit beskæftiget os med STReBa modellen, som giver et overblik over sociotekniske ressourcer og barrierer, der påvirker personen ift. stillingstagnation til organdonation.

Vi fandt, at der var flest ressourcer tilstede for kategorierne:

1. Nøglepersoner
2. Gruppedynamikker
3. Teknologi
4. Samfund & kultur (diskurs)

Vi fandt derudover, at der var flest barrierer til stede for følgende af kategorierne:

1. Nøglepersoner
2. Teknologi
3. Gruppedynamikker

Hvor STReBa-analysen har givet et overblik over det der foregår omkring stillingstageren, vil næste afsnit - *Individorienteret kerneårsagsanalyse* - være en psykologisk analyse, der fokuserer på, hvad der sker i individet, og hvorfor der er diskrepans mellem holdningen til organdonation og antal registreringer.



2. Individorienteret kerneårsagsanalyse



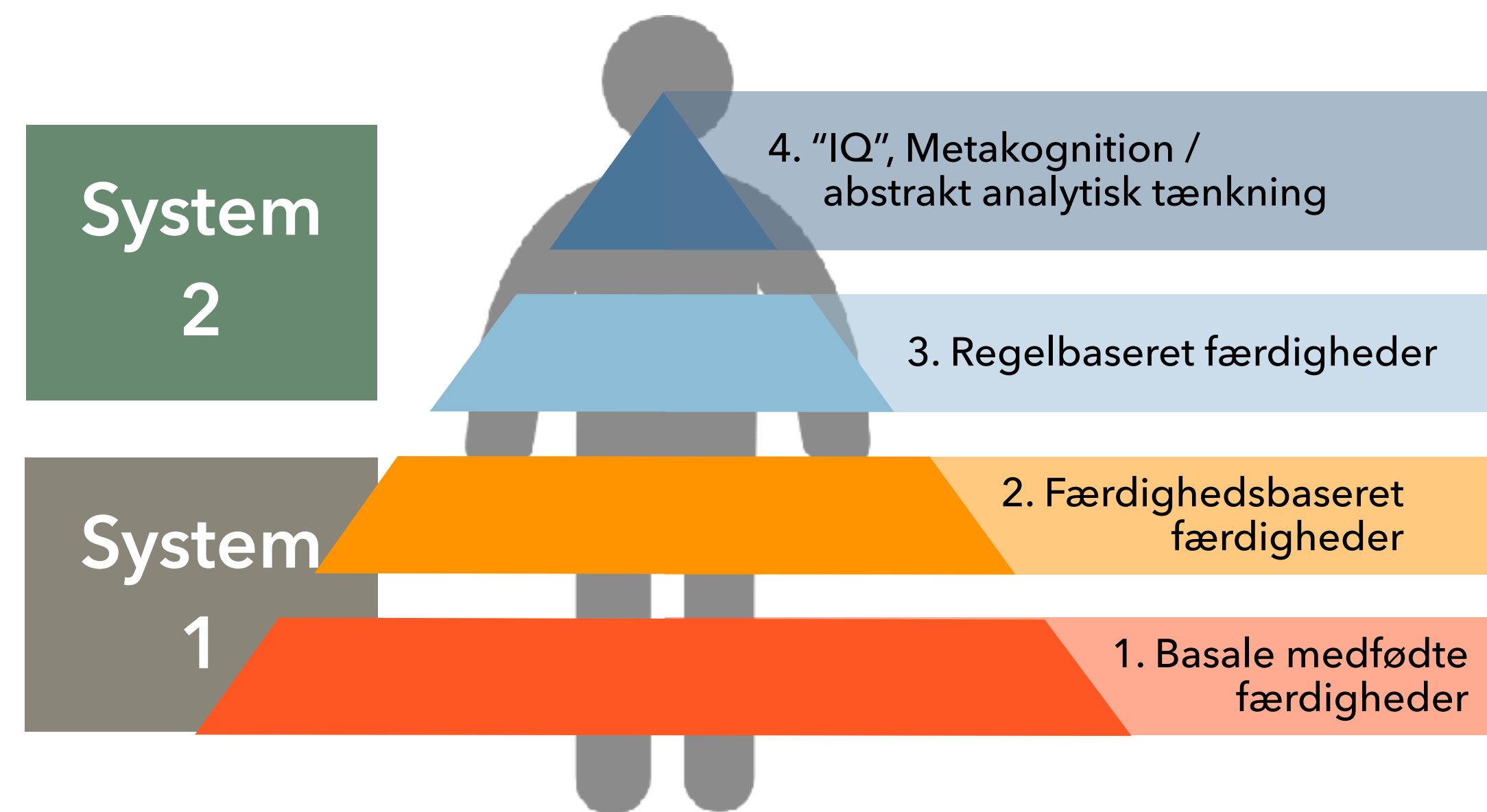
2. Introduktion til kerneårsagsanalysen 1/4

STReBa analysen afdækkede de faktorer omkring individet, der fungerer som potentielle ressourcer og barrierer for at borgere tager aktiv stilling til at blive organdonorer eller ej.

Fra at kigge på STReBa kigger vi nu på selve individet ud fra generel viden om, hvordan mennesker fungerer i forhold til den måde vi oplever (perciperer) verden på, tænker og handler.

Specifikt anvender vi et analyseværktøj, der beskriver fire niveauer af perception, tænkning og handling, som strækker sig fra fra basale færdigheder til intellektuelle. Denne model har rødder i Human Factors feltet og er velkonsolideret indenfor psykologien. Modellen er også basis for den meget udbredte men noget simplere, opdeling af tænkning i System 1 og System 2¹, der kendes fra litteratur om adfærdsdesign og nudging teknikker.

Sammenholder vi adfærdsmodellen (perception, tænke, handle) med en problemstilling som beslutningstagning ift. organdonation får vi indsigt i de mulige grundliggende kerneårsager (root causes) til, hvorfor så relativt få har taget aktiv stilling til trods for en umiddelbar positiv holdning til organdonation.



Den designpsykologiske 4-lags model har rødder tilbage i området kaldet Human Factors og giver nogle flere indsigter i problemstillingernes natur (deres root causes) end den simplere System 1 og system 2 model.

Referencer:

1. Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux..

2. Introduktion til kerneårsagsanalysen 2/4

Levels of cognition (LoC) design drivers

Med 4-lagsmodellen kan vi identificere prototypiske måder at optimere design som et informations- og beslutningsgrundlag for organdonation. Disse er i modellen angivet af pilene mellem lagene (design drivers). Design driver-pilene sigter blandt andet mod at:

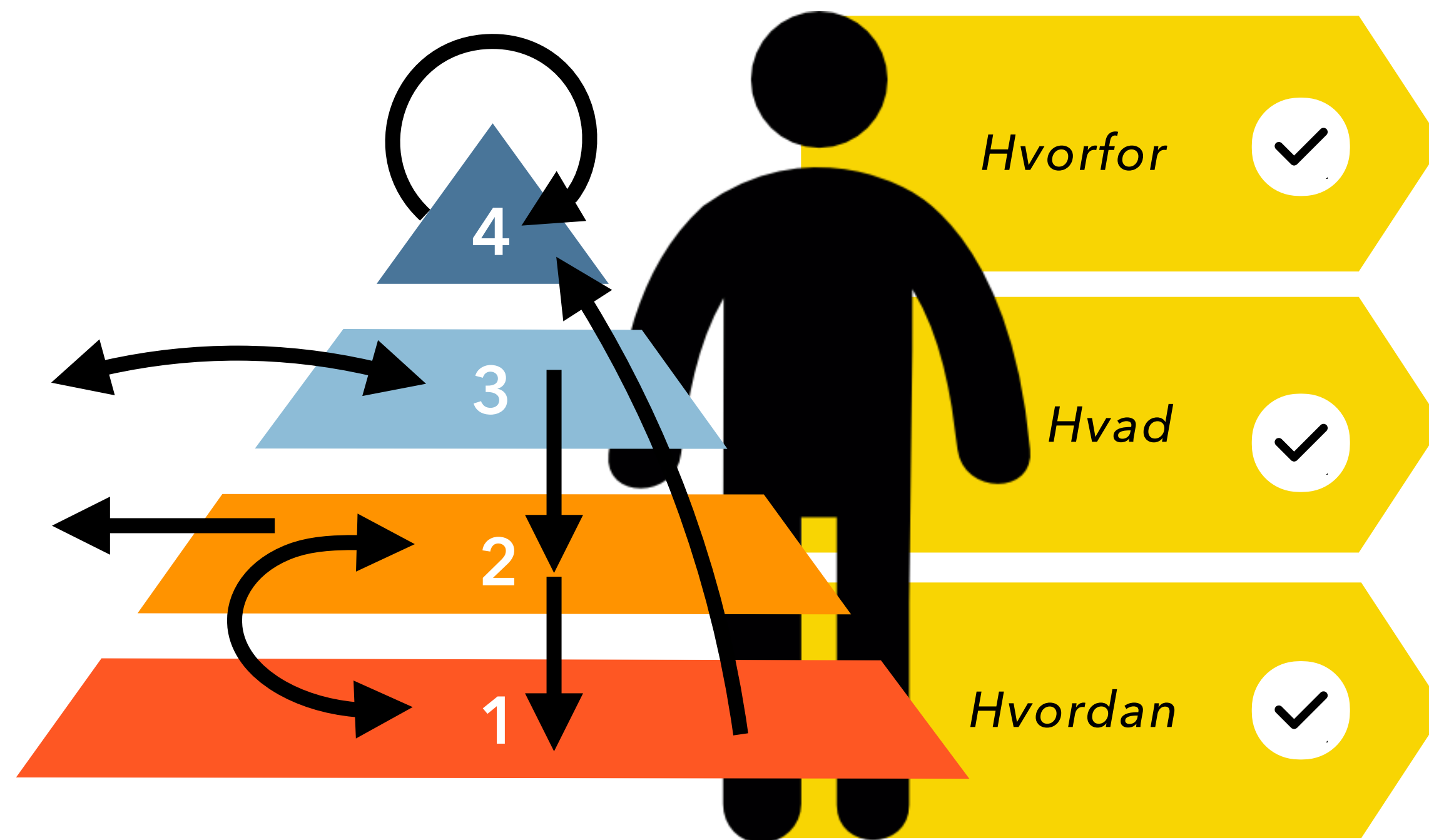
- Reducere den intellektuelle byrde
- Knytte sig an til vores mentale modeller
- Forankre sig i vores basale kropslige tænkning

En design driver beskriver et misforhold mellem noget i verden og den måde mennesker fungerer på. Design drivers kan således påpege kerneårsager til problem, men også anviser hvordan løsninger kan afsøges.

Design drivers fortæller os til dels, hvad der kan være problematisk ved den eksisterende måde at kommunikere på. Derudover viser design drivers retning for fremtidig kommunikation. Den adfærdspsykologiske model er således både deskriptiv og præskriptiv.

Til hvert af de fire lag knytter der sig en lang række specifikke adfærdsmæssige mekanismer, der ligger udenfor denne rapport at introducere.

Ud fra de fire lag ved vi også, at al adfærd hviler på, at vi som individer forstår **hvorfor** (meningen med adfærden), ved **hvad** vi skal gøre (har en plan for udførelsen) og kan og ved **hvordan** adfærden konkret skal udføres (har de nødvendige færdigheder).

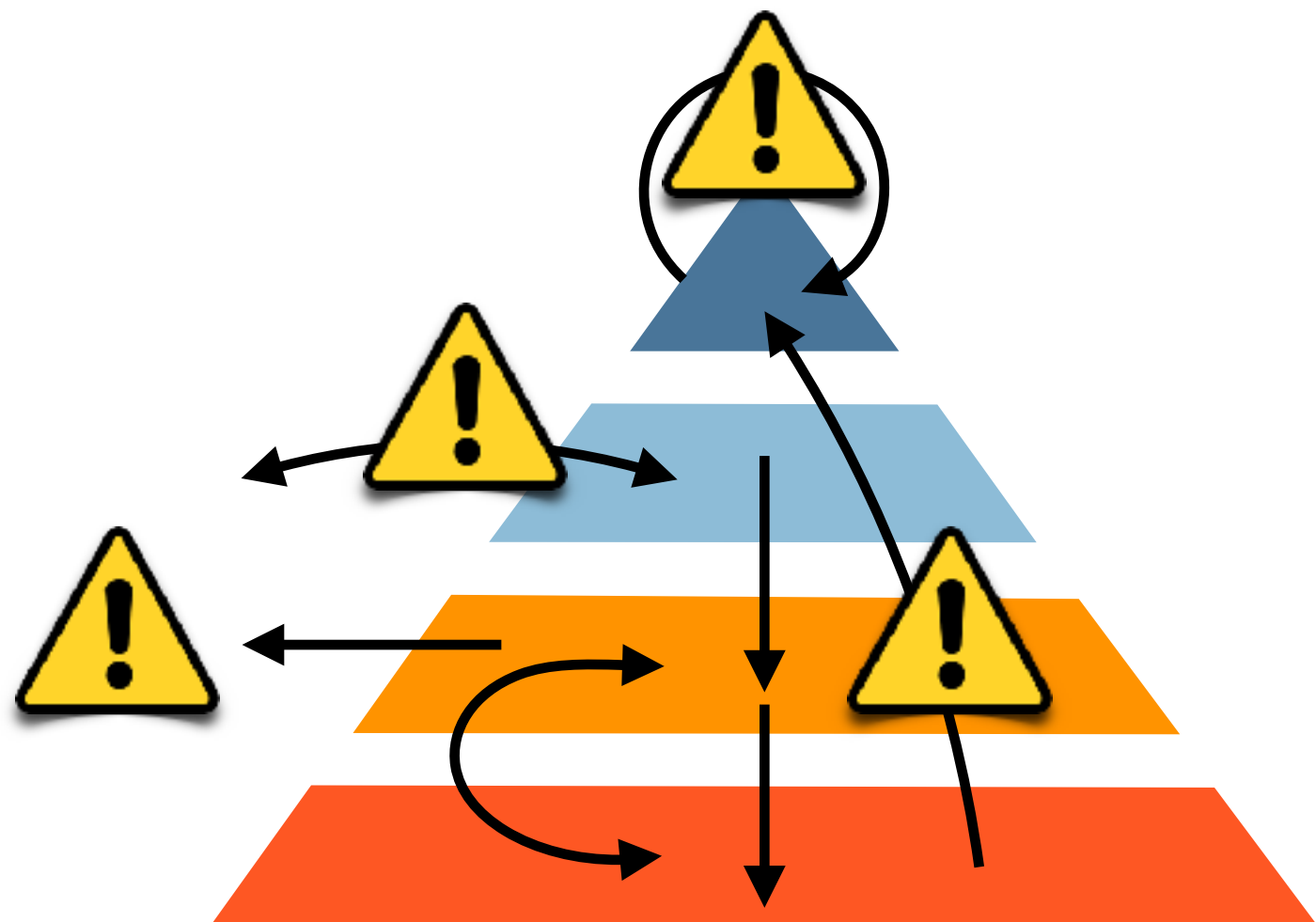


2. Kerneårsager: Den potentielle donor

Kerneårsager

I den følgende analyse vil LoC modellen blive anvendt til at identificere mulige kerneårsager til manglende stillingtagen.

Da vi har at gøre med forskellige typer stillingstagere - dels den primære beslutningstager/den potentielle organdonor og dels de pårørende - vil vi nogle steder fremhæve specifikke forhold vedrørende de to grupper. Dog er LoC-analysemodellen en generisk model for menneskelig tænkning og adfærd generelt.



Kerneårsager: Den primære stillingstager/den potentielle donor

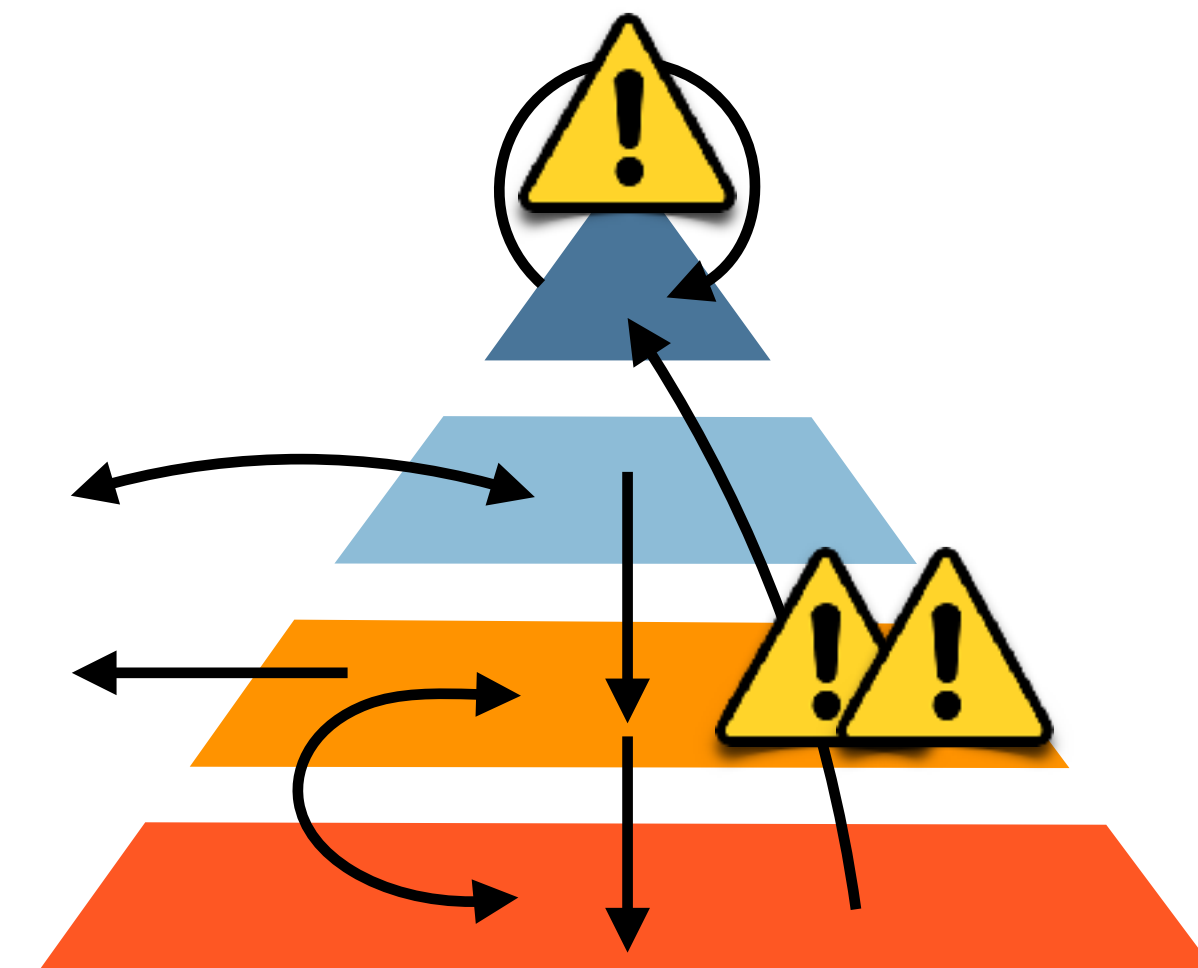
1. Forkerte mentale modeller om forskellige dødsriterier (herunder hjernedød) & organdonation.
2. Kognitiv overbebyrdelse. Formidling af budskaber alene ved tekst (og tale) uden brug af visuelle hjælperedskaber. Beslutning er geografisk, tidsligt, sanseligt og værdimæssigt abstrakt.
3. Teknisk medicinsk diskurs, der er adskilt fra den menneskelige mening, og de dynamikker der indgår i et valg om organdonation.
4. Mistro til sundhedssystemet.
5. Abstrakt og krævende at skulle forholde sig til egen død i en fjern fremtid eller ved en ulykke. Vanskeligheden (og ubehaget) ved at forholde sig til sin egen død.

2. Kerneårsager: Pårørende

Kerneårsager: Den pårørende

For den pårørende som stillingtager har mange af problemstillingerne ligheder med forrige side om organdonoren som stillingtager (med undtagelse af punkt 3), mens nogle af problemstillingerne er særegne for den pårørende.

1. Bekymringer om at organdonation forstyrrer den fredelige død og afsked. Hertil hører en bekymring om, hvordan afdøde ser ud efter organerne er fjernet.
2. Manglende viden, mistillid eller irrationelle mentale modeller ift. hjernedøds kriteriet. Dette understøttes af den fænomenologiske oplevelse af, at den hjernedøde ikke føles og ser død ud.
3. Følelsen af, at den afdødes krop objektiveres pga. medicinsk sprogbrug og diskursen om organer som en mangelvare. Dette kan være vanskeligt for den pårørende, fordi det kan føles som om den afdøde reduceres til sine organer.

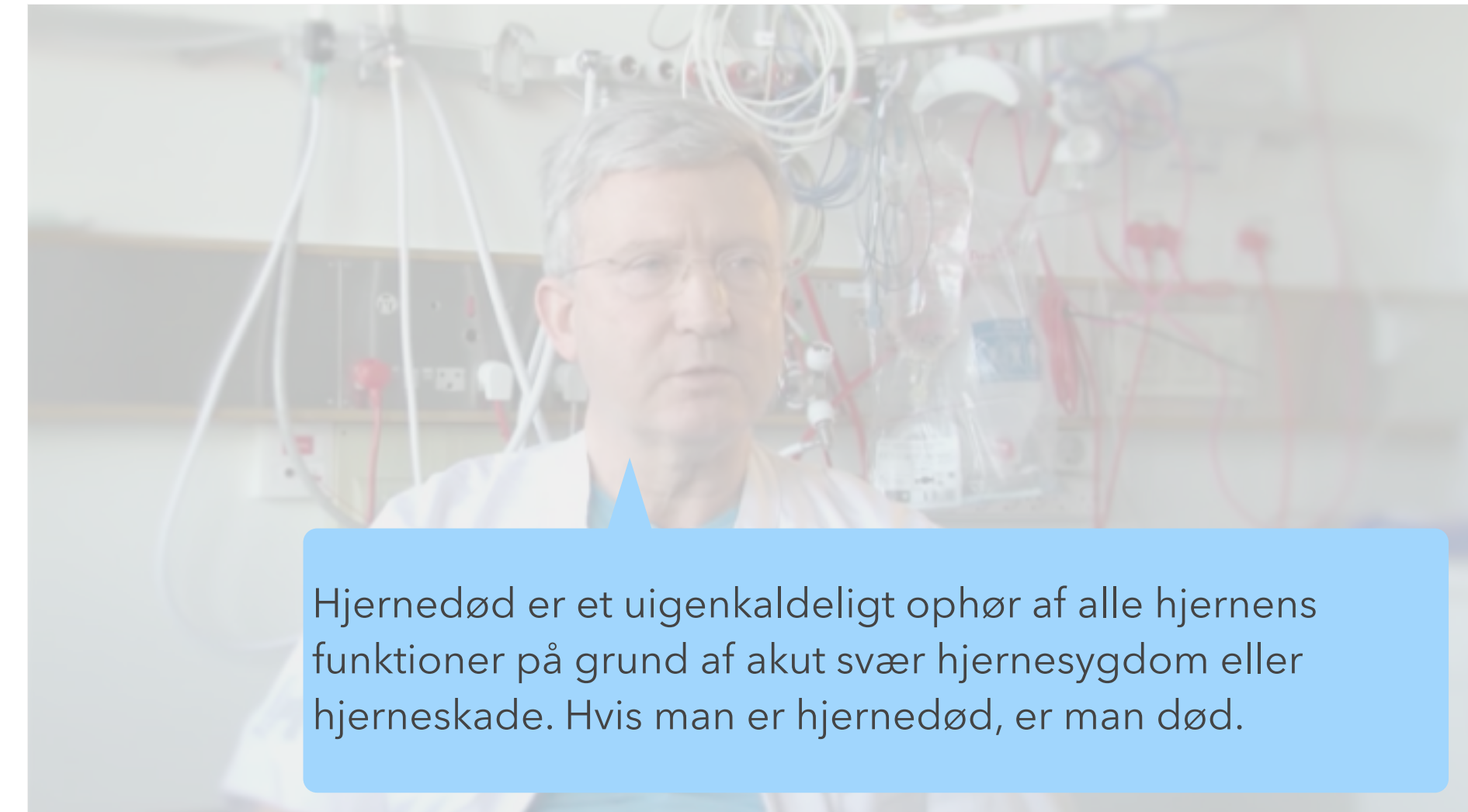


2.1. Forkerte mentale modeller 1/2

De fleste forkerte mentale modeller vedr. hjernedød og hjernedødskriteriet opstår ofte i sammenhæng med en manglende forståelse af, hvad det betyder at være hjernedød, og hvordan hjernedød differentieres fra det at være hjertedød eller ligge i koma. Forståelsen vanskeliggøres yderligere af, at den fænomenologiske erfaring af hjernedød ikke er håndgribelig eller i overensstemmelse med den generelle erfaring af død (som hjertedød). Denne grundliggende manglende korrekte forståelse afføder en lang række tilsyneladende irrationelle bekymringer og holdninger.

Tvivl om hjernedød og hjernedødskriteriet foranlediger mange uhensigtsmæssige myter og mentale modeller hos individet;

- Er hjernedød ikke det samme som koma?
- Kan en hjernedød vågne igen?
- Hvad hvis de tager mine organer mens jeg stadig er i live?
- Hjernedødskriteriet er opfundet af lægerne, udelukkende med det formål at høste flere organer!
- Gør det ondt at donere sine organer?



2.1. Forkerte mentale modeller 2/2

Hvor går grænsen mellem liv og død?

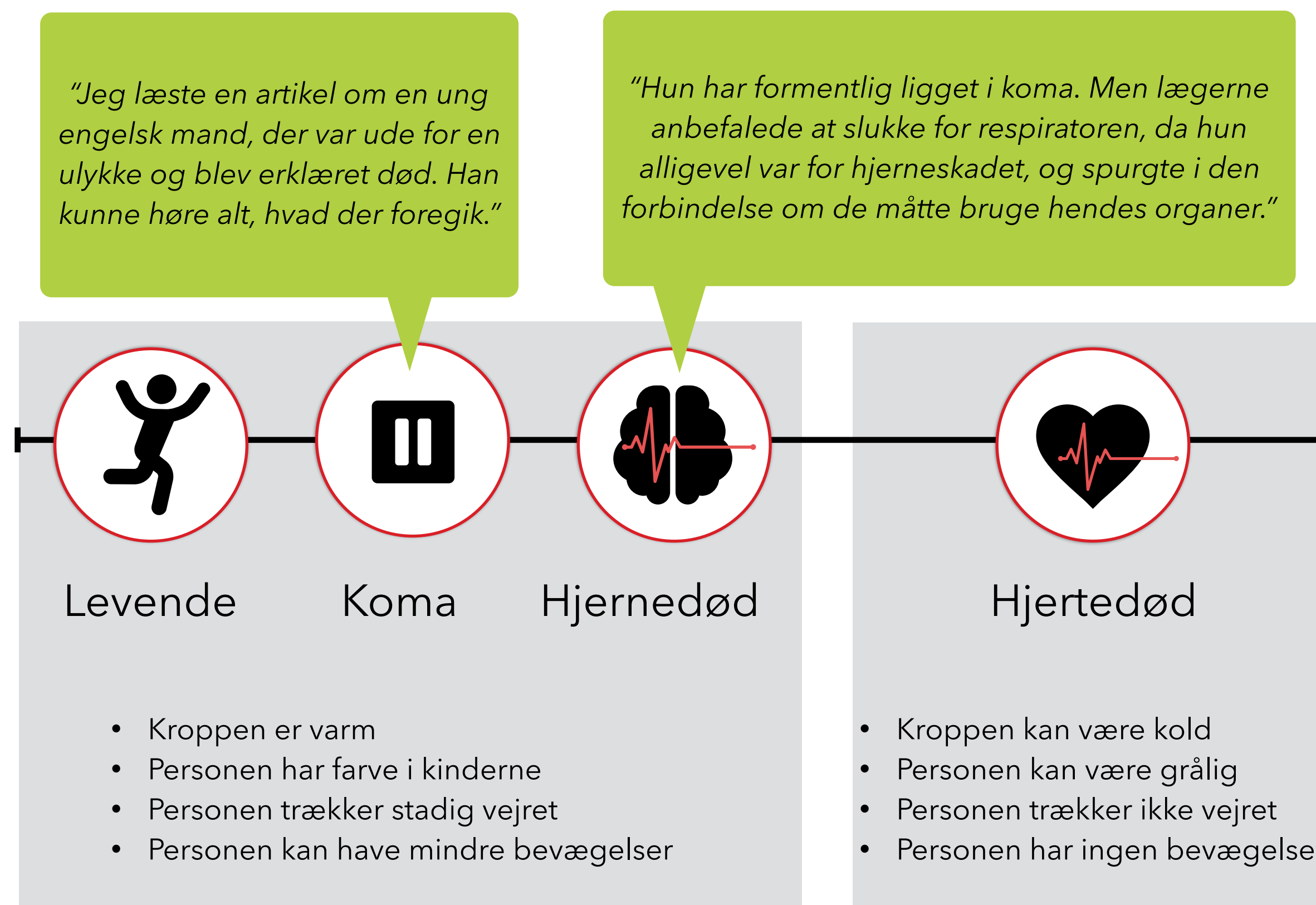
Den nuværende formidling af hjernedød og hjernedøds Kriteriet kræver en lægefaglig forståelse. Den nuværende formidling er næsten udelukkende tekstbaseret og kræver derfor mange kognitive ressourcer at forstå. Dette giver en righoldig grobund for at forkerte mentale modeller og faktuelle misforståelser kan opstå.

Problemstillingen forstærkes af at der på et umiddelbart oplevelsesmæssigt (fænomenologisk) plan ikke kan skelnes mellem det at være hjertedød eller ligge i koma.

Denne manglende sansemæssige håndgribelighed af hjernedød som forskellig fra at være levende bliver således forstærket af et komplekst sprogbrug og en hovedsagelig tekstlig formidling.

Tilsvarende kan problemet omvendt formuleres som en stor forskellighed mellem hjernedød og den stereotypiske "død" som den opleves og formidles i den vestlige verden gennem et popkulturelt og ofte sekulært filter, hvor døden er en statisk og permanent tilstand ensbetydende med fravær af liv i både krop og sjæl/hjerne.

Tilstanden af hjernedød og koma bryder denne statiske tilstand da deres oplevelsesværdi adskiller sig radikalt fra vores stereotypiske forestillinger om død. De fænomenologiske oplevelser knyttet til hjertedød er således ikke sansebare ved hjernedød og er samtidig fraværende ved koma.



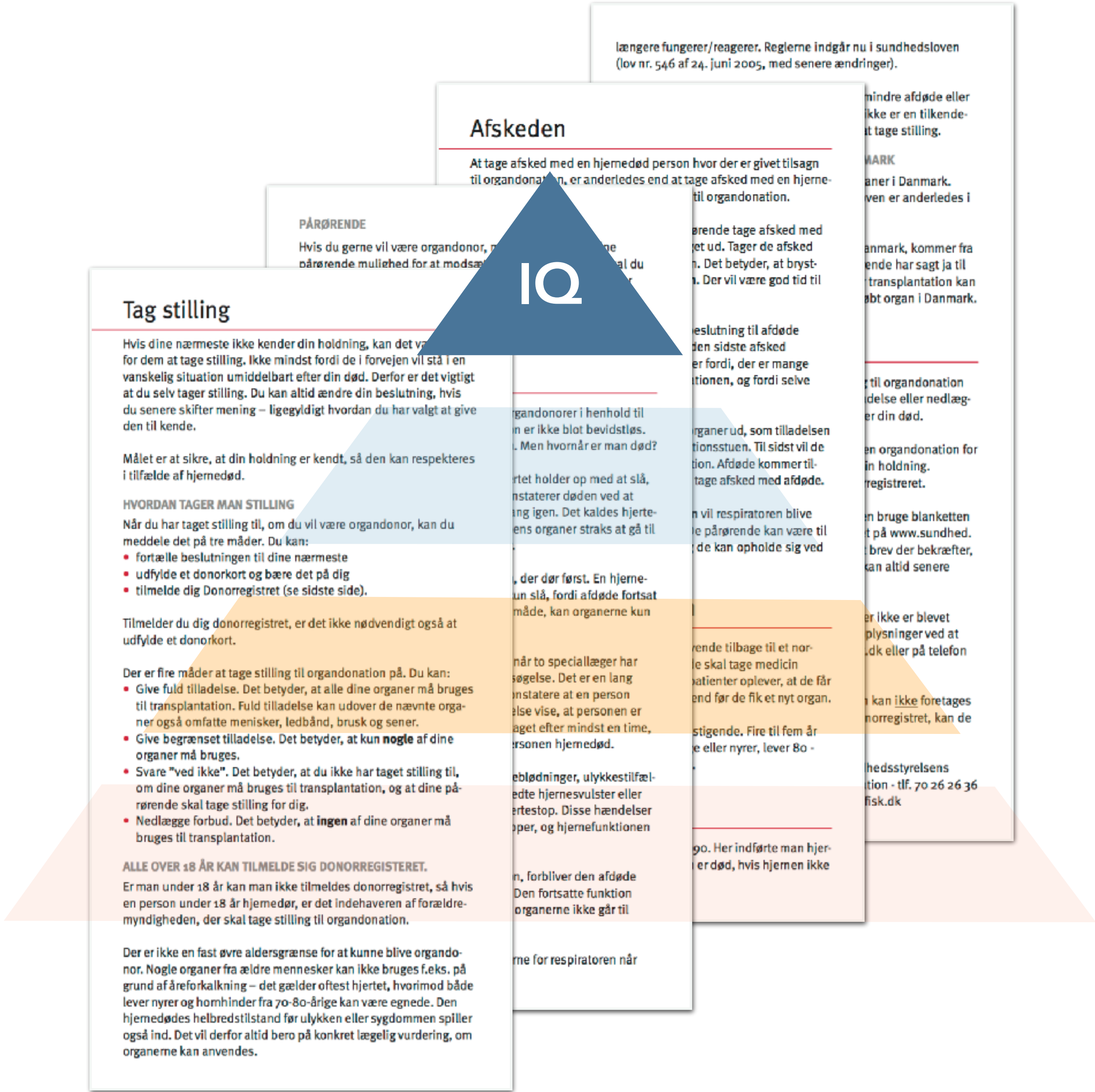
2.2. Kognitiv overbebyrdelse 1/2

På organdonationshjemmesider og i organdonationsfolderen er der en stor mængde tekst, som kun brydes op af overskrifter. Dét kombineret med et komplekst indhold, kan gøre oplevelsen for læseren overvældende og intellektuelt (IQ) meget krævende at forstå. Det har typisk flere uønskværdige konsekvenser:

- 1) At stillingstageren læser informationen, men ikke forstår den. Det sker fordi opgaven med at forstå og fortolke informationen overlades til læseren. Til trods for at alle spørgsmål besvares i teksten får læseren ikke gavn heraf og får ikke forholdt os til spørgsmålet.
- 2) At stillingstageren kun skimmer informationen og derfor kun får en overfladisk forståelse. Dette giver yderligere grobund for forkerte mentale modeller.
- 3) At stillingstageren beslutter sig for at vende tilbage på et senere tidspunkt, hvor vedkommende har flere tidsmæssige og kognitive ressourcer til rådighed. Det sidste udfald kan i værste fald resultere i, at vedkommende aldrig får taget valget.

Referencer:

1. Lynsey, J. M. et al. (2018). Exploring the Role of Infographics for Summarizing Medical Literature. *Health Professions Education*, 3/2018.



2.2. Kognitiv overbebyrdelse 1/2

I vores præ-undersøgelse fra 2017 påpegede vi også at praksis med at udsende organdonationsfolderen samtidig med flytning til ny adresse er u hensigtsmæssig. Flytning er intellektuelt meget stressende. Borgere er netop derfor mindst sandsynlige til at investere tid og intellektuelle ressourcer i at foretage et organdonationsvalg. Vi kalder dette fænomen IQ-drop.



"Zen" tilstand



Moderat stress



Højt stress niveau



2.3 Teknisk medicinsk diskurs (framing) 1/2

De ukorrekte mentale modeller styrkes yderligere af den kommunikative diskurs om organdonation (framing).

Diskurser og sprogbrug sætter rammer for den måde vi forstår og tænker.

Den nuværende tekniske og medicinske diskurs er adskilt fra menneskelig mening og de dynamikker, der indgår i et valg om organdonation:

- Organer ses som en værdifuld ressource, der er mangel på ("Lægerne mangler lig"¹, "Mangel på organer koster millioner").
- Organer ses som en mulighed for at redde mange liv (kvantitativ værdi) ("13-årig piges organer har reddet otte mennesker"²).
- Denne kombination (stor mangel på organer og antal af reddet liv) kan understøtte mistro til sundhedssystemet og bekymringer for at ens liv ikke vil reddes hvis man er organdonor ("Kæmper lægerne nok for mig hvis jeg er registreret som organdonor?")

References:

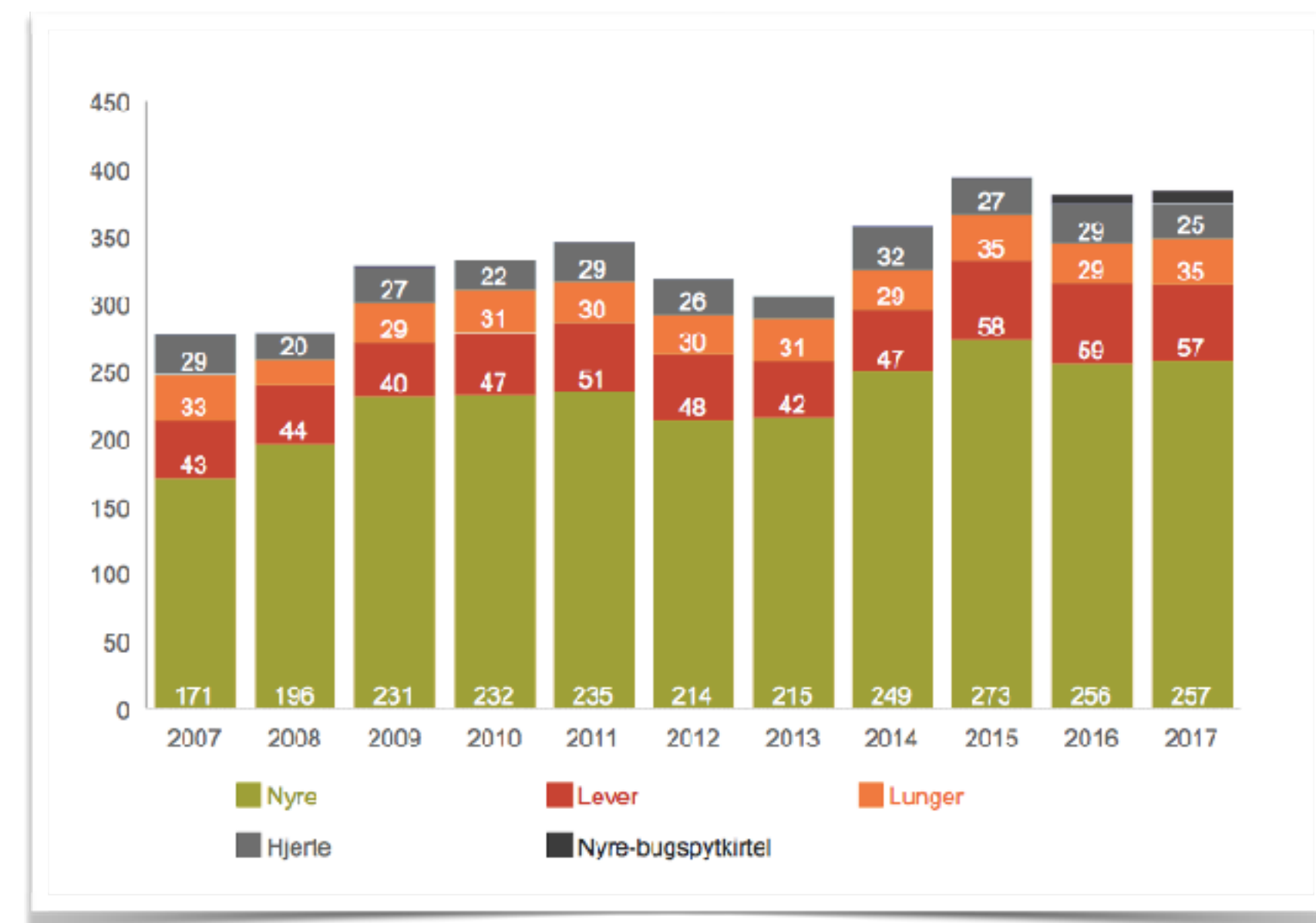
1. Århus stiftstidende (2008). *Lægerne mangler lig*. Lokaliseret på: <https://stiften.dk/aarhus/Laegerne-mangler-lig/artikel/48697>
2. Berlingske (2017). *13-årig piges organer har reddet otte mennesker*. Lokaliseret på: <https://www.b.dk/globalt/13-aarig-piges-organer-har-reddet-otte-mennesker>

➤ Én donor kan redde op til syv liv ➤ Organdonation i Danmark ➤ Informeret samtykke

Én donor kan redde op til syv liv

Som organdonor kan du redde op til syv personer med dine organer: hjerte, lunger, lever, nyrer og bugspytkirtel.

Leveren kan deles i to til et barn og en voksen. Bugspytkirtlen transplanteres sammen med en nyre. Lungerne transplanteres sammen.



2.3 Teknisk medicinsk diskurs (framing) 2/2

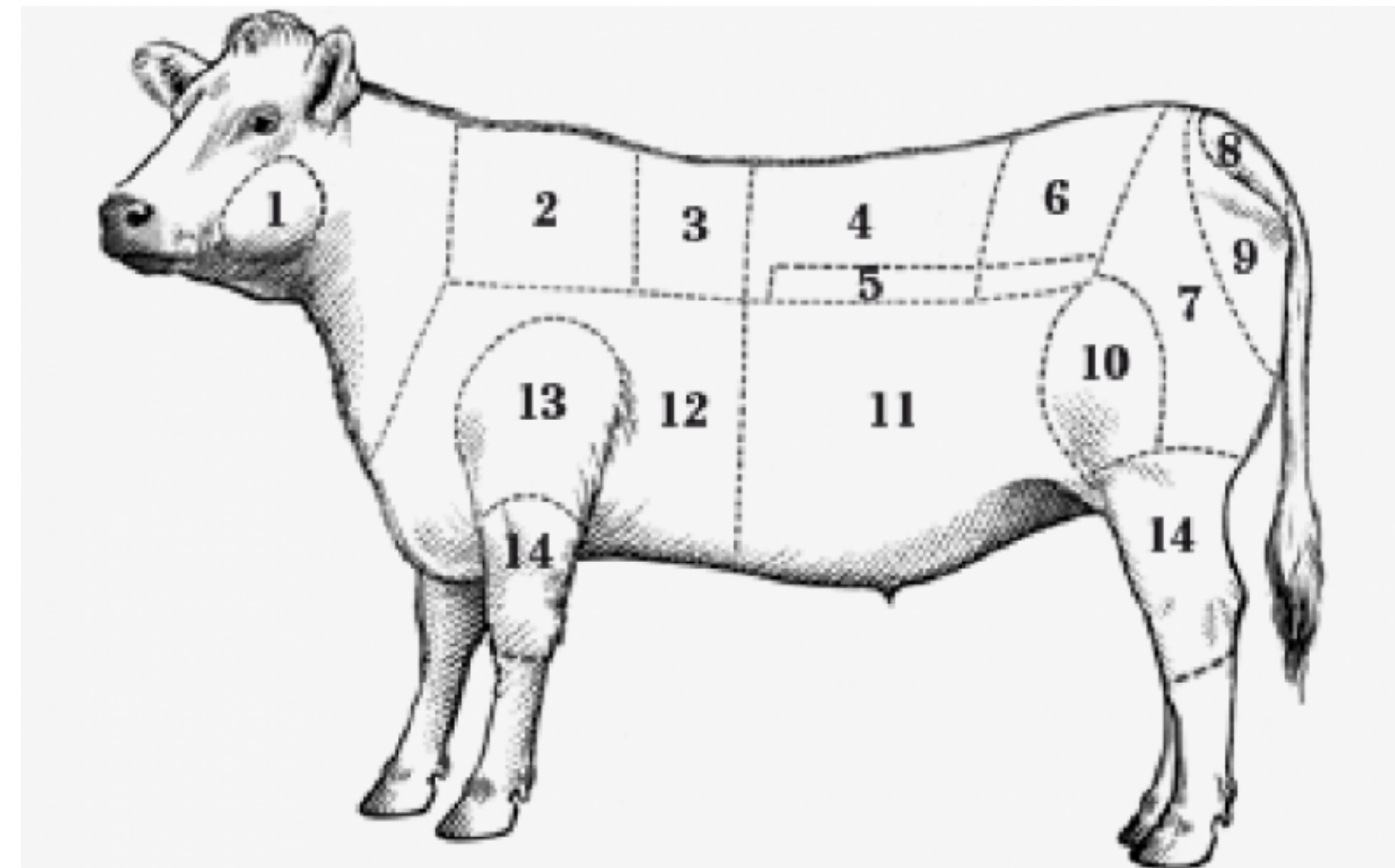
Som en lidt provokerende analogi så kan man sammenligne den medicinsk-tekniske diskurs med kroppen som en samling ressourcer der kan overføres til andre mennesker.

Samme logik spejles hos flere interesseorganisationer og i medierne hvor man til tider taler om hvor mange liv en enkelt død person kan redde hvis alle organer udtages og genbruges.

Én donor kan redde op til syv liv

Som organdonor kan du redde op til syv personer med dine organer: hjerte, lunger, lever, nyrer og bugspytkirtel.

Leveren kan deles i to til et barn og en voksen. Bugspytkirtlen transplanteres sammen med en nyre. Lungerne transplanteres sammen.



2.4. Mistro til sundhedssystemet

Den offentlige diskurs og *pop-kulturen* (som den fremstilles i populære medier som film) skaber ofte utryghed og mistillid til sundhedssystemet og -personalet¹ i kølvandet på enkeltsager, hvor patienter er vågnet op efter spørgsmålet om organdonation er blevet forelagt for pårørende^{2&3}.

Denne type historier spredt sig som ringe i vandet gennem dagligdagssamtaler og digitale medier, og bliver herigennem forankret i individets mentale model om organdonation:

"Som sagt, har hun formentlig ligget i koma. Men lægerne anbefalede at slukke for respiratoren, da hun alligevel var for hjerneskadet, og spurgte i den forbindelse om de måtte bruge hendes organer."

(citater fra et offentligt diskussionsforum)

Konsekvensen kan være en (mere eller mindre bevidst) modstand mod stillingtagen.

*Citater som illustrerer mistro til sundhedssystemet er fra offentlige debatter og diskussionsforums.

References:

1. Morgan S. E. (2008). In their own words: The Reasons Why People Will (not) Sign an Organ Donor Card. *Health communication*.
2. DR (2012). *Familie sagde ja til organdonation - men datter vågnede op igen*. Lokaliseret på: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/familie-sagde-ja-til-organdonation-men-datter-vaagnede-op-igen>
3. DR (2018). Rikke vågnede fra koma, men kunne ikke vise, at hun var vågnet. Lokaliseret på: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/rikke-vaagnede-fra-koma-og-kunne-hoere-snak-om-organdonation-men-kunne-intet-goere>



Planen var, at pigen skulle dø på tv. Så lægen kunne promovere organdonation og presse forældrene til at udlevere hendes organer inden hun blev kold.

Man bliver lidt bekymret for at være organdonor (det er jeg), når man læser om en så passioneret læge der nær havde sendt en fuldt levedygtig pige i døden i sin kamp for en mærkesag.

2.5. Vanskelighed ved egen død

Offentlige kampagner om stillingtagen i Danmark benytter ofte argumenter, som forholder sig til det der sker efter den potentielle donors egen død (fx. hvor mange liv der kan reddes hvis man donerer sine organer). Samtidig er den danske *framing* af organdonation, som en folkesag, fokuseret hovedsageligt på altruistiske bevæggrunde som rationale for "ja" til organdonation. Det betyder at hvis man forstår hvor mange liv man kan redde med sine organer, så skal man altid tage et rationelt valg. Antallet af dem, som aktivt tager stilling, viser dog at det ikke er så simpelt.

Når individet skal tage stilling til organdonation, ligger gevinsten af denne beslutning lang ude i fremtiden (efter organdonorens egen død). Dette gør stillingtagen til et personligt meget abstrakt intellektuelt spørgsmål (IQ), hvilket gør beslutningsprocessen yderligere skrøbelig.

Samtidig er dem som får individets organer ukendt for donoren, hvilket kan resultere i bekymringer om hvorvidt modtagerne rent faktisk fortjener at få organerne ("Hvem får mine organer? Hvad hvis det er en som har røget helt sit liv og nu skal overtage mine organer? Er det retfærdigt?")



2.6. Opsamling på den individorienterede kerneårsagsanalyse

Opsamlende har vi i den individorienterede kerneårsagsanalyse fremhævet problemstillinger for individet - hhv. den potentielle organdonor og den pårørende som stillingstager - i forbindelse med beslutningen om organdonation.

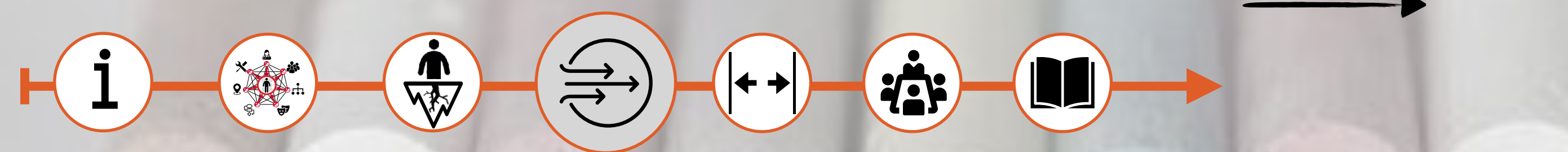
Fem overordnede kerneårsagsdomæner blev identificeret ift. det individorienterede fokus.

1. Forkerte mentale modeller om hjernedød & organdonation.
2. Kognitiv overbebyrdelse
3. Teknisk medicinsk diskurs adskilt fra den menneskelige mening og de dynamikker der indgår i et valg om organdonation.
4. Mistro til sundhedssystemet
5. Vanskeligheden (og ubehaget) ved at forholde sig til sin egen død.

I næste afsnit præsenterer vi design drivers med henblik på at adressere kerneårsagerne.



3. Design drivers



3. Introduktion til design drivers

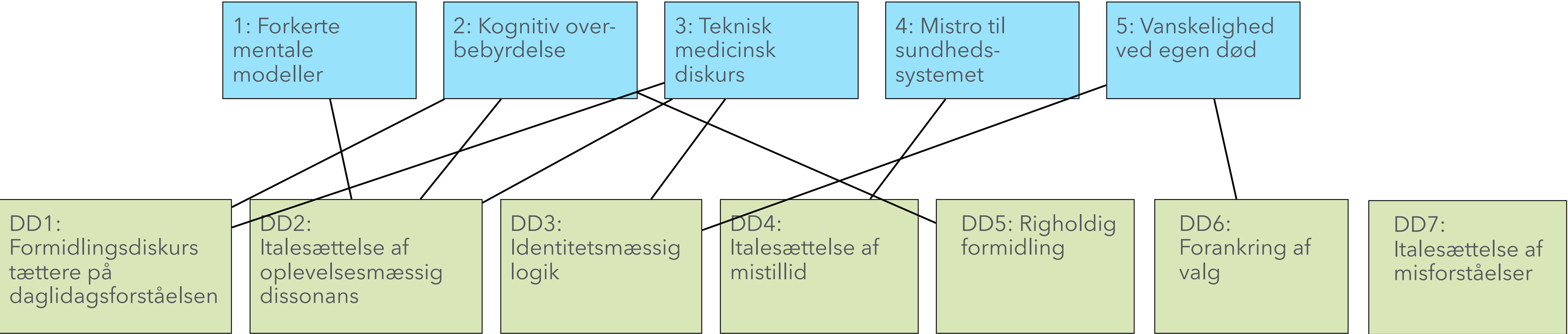
Med henblik på at adressere de identificerede kerneårsager fra forrige afsnit, præsenteres syv design drivers ift. en kommunikationsstrategi (i.e. principper til at drive retningen for kommunikationsstrategien). En design driver kan tage mange forskellige konkrete formater, hvilket gør dem fleksible overfor forskellige typer praktiske begrænsninger, der altid findes indenfor forskellige domæner.

De helt konkrete bud på løsninger forsøger vi at eksemplificere i rapportens sidste del med kommunikationsguidelines.

Der ikke et en-til-en forhold mellem kerneårsager og design drivers, forstået på den måde, at flere design drivers kan adressere samme kerneårsag.

Det skal også nævnes, at der for design driveren *Italesættelse af misforståelser* ikke er identificeret en kerneårsag. Det skyldes, at denne design driver betragtes som et resultat af manglende udbredelse af information ift. misforståelser frem for en psykologisk mekanisme.

Nedenstående figur viser koblingen mellem kerneårsager og design drivers.



3.1. Formidlingsdiskurs tættere på en dagligdagsforståelse

Baggrund

Diskurser og sprogbrug sætter rammer for vores måder at tænke, forstå og fortolke virkeligheden på.

Den nuværende* diskurs om organdonation bærer præg af et medicinsk-teknisk sprogbrug med fokus på fakta om organdonation, tekniske praksisser og den kvantitative nytteværdi en potentiel donors organer måtte have. Denne formidlingsform taler til rationalet men ikke til de dybere psykologiske lag, der driver motivation.

Design driver

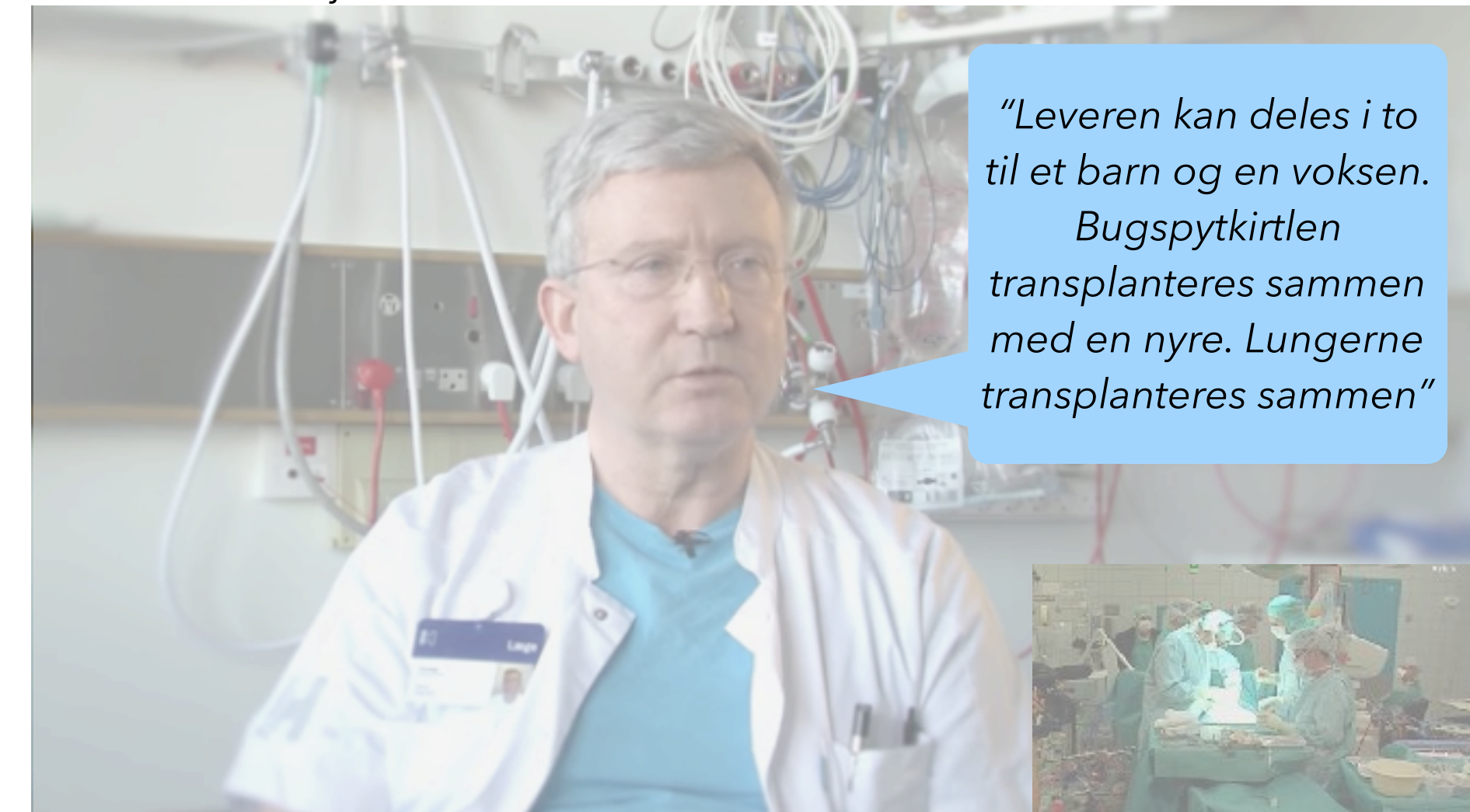
Diskursen skal forankres således at den bringes i tættere relation til den menneskelige meningsverden. Spørgsmålet om organdonation må formidles på en måde, der ræsonnerer i et lægmands perspektiv og som, i tilføjelse til, faktuel og medicinsk viden, også tager højde for de eksistentielle og menneskelige overvejelser, der gør sig gældende i individets stillingtagen til organdonation. Ved at flytte diskursen (og formidlingen af denne) fra den medicinske verden (jvf. billede 1) og ud i den menneskelige meningsverden (jvf. billede 2), italesættes organdonation i højere grad som et spørgsmål om mening, kvalitet, og som en sag tilhørende den verden de fleste i forvejen er fortrolige med. Derfor anbefaler vi, at lade formidling om organdonation udgå fra, og foregå i den menneskelige meningsverden.

Nøgleord:

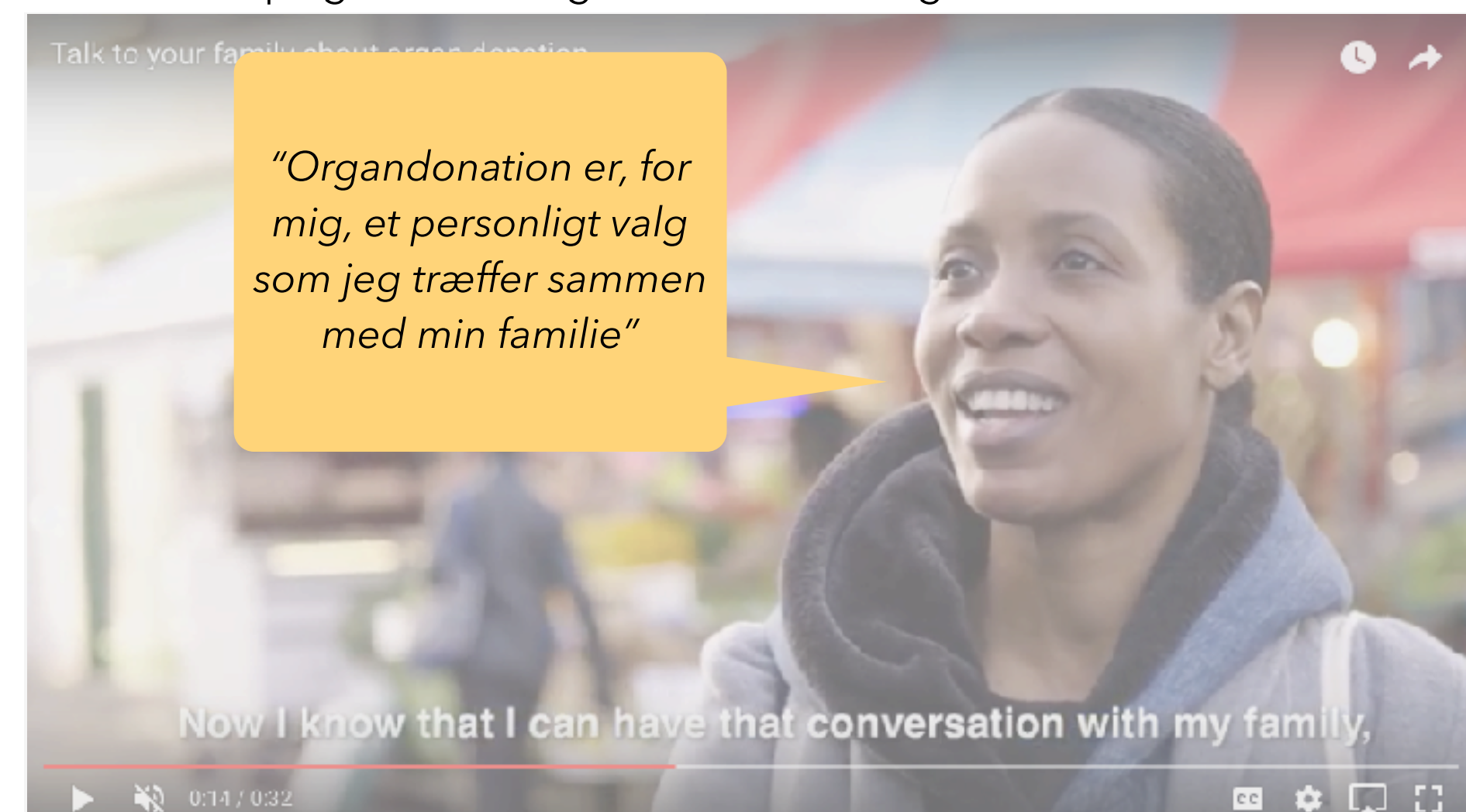
Diskurs, forankring, menneskelig meningsverden, fakta & semantik.

* sst.dk, organdonor.dk, sundhed.dk, borger.dk

1. Kortfilm om hjernedød fra sst.dk



2. Interview på gaden om organdonation fra organdonation UK



3.2. Intuitiv italesættelse af oplevelsesmæssig dissonans 1/2

Baggrund

- Fænomenologi & sproglig differentiering imellem hjernedød, koma og hjertedød

Den nuværende formidling af hjernedød og hjernedøds kriteriet kræver ofte en lægefaglig forståelse. Irrationelle eller ukorrekte mentale modeller vedr. hjernedød og hjernedøds kriteriet opstår ofte i sammenhæng med en manglende forståelse for, hvad det betyder at være hjernedød, og hvordan hjernedød differentieres, fra det at være hjertedød eller ligge i koma. Den nuværende formidling er næsten udelukkende tekstbaseret og kræver derfor mange kognitive ressourcer at forstå.

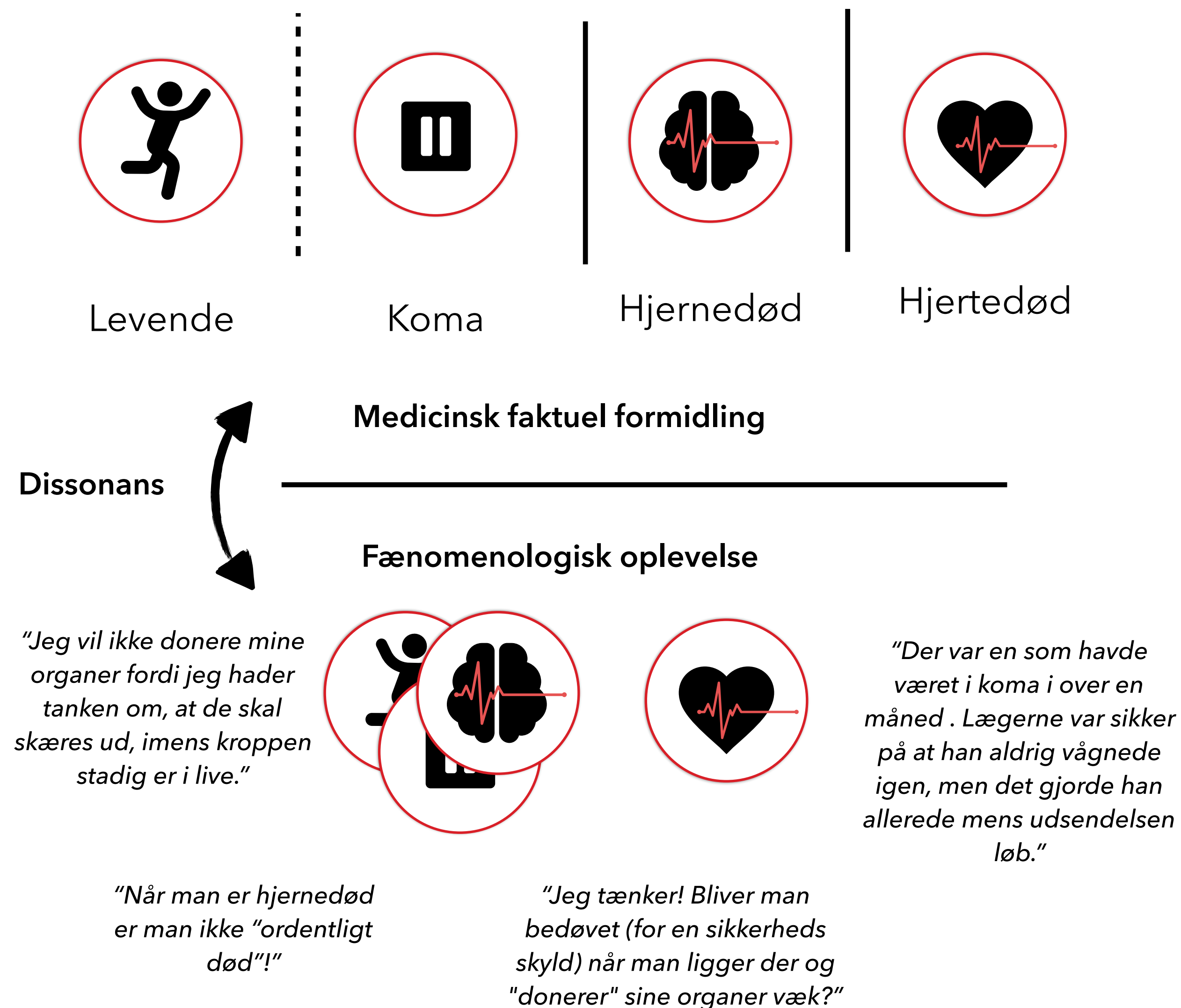
Nøgleord:

Fænomenologi, mentale modeller, hjernedød/koma/hjertedød, kognitiv dissonans, sproglig differentiering

* sst.dk, organdonor.dk, sundhed.dk, borger.dk

Referencer:

1. Lynsey, J. M. et al. (2018). Exploring the Role of Infographics for Summarizing Medical Literature. *Health Professions Education*, 3/2018.



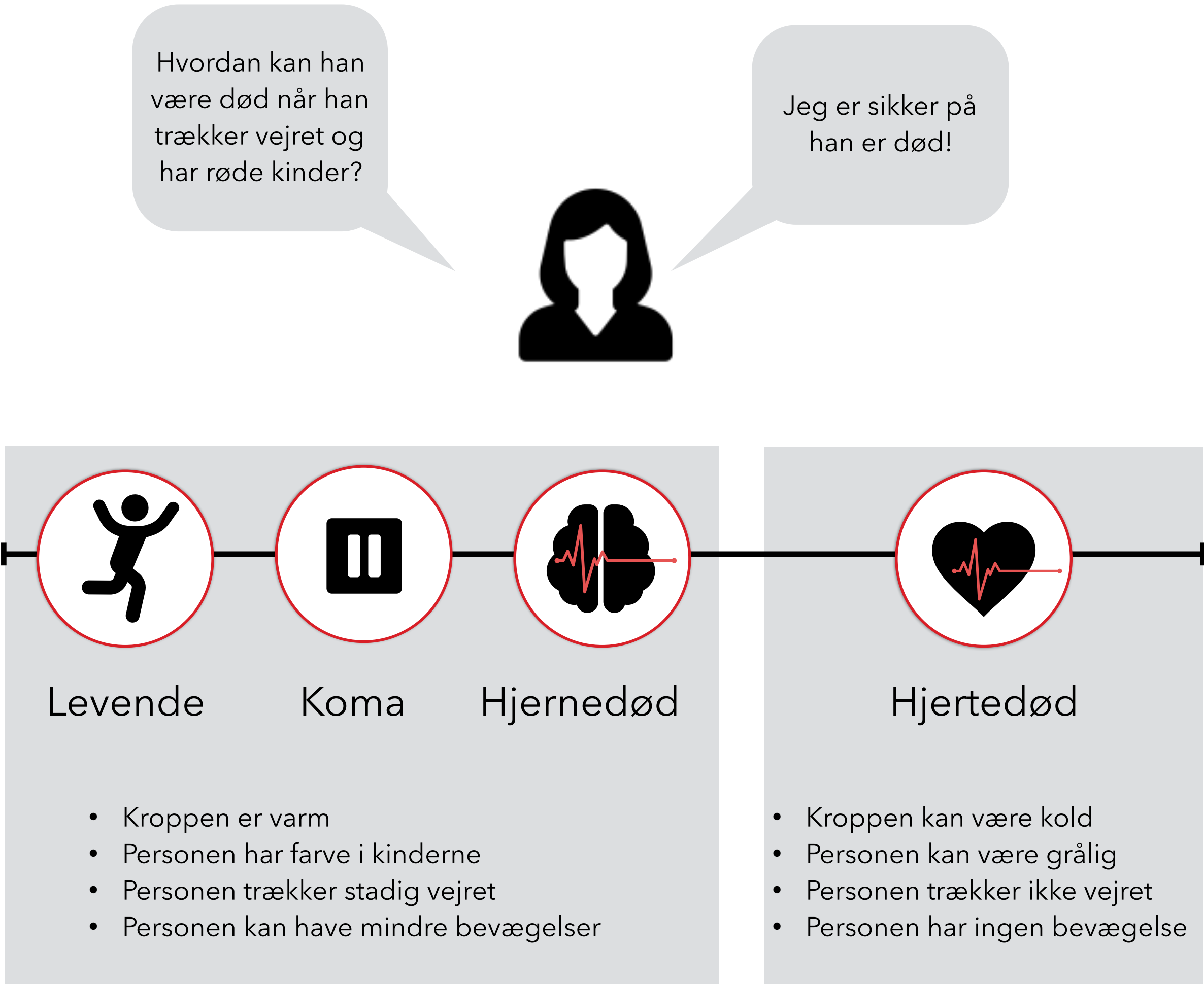
3.2. Intuitiv italesættelse af oplevelsesmæssig dissonans 2/2

Fænomenologisk oplevelse af hjernedød, koma og hjertedød

Den linguistisk-fænomenologiske oplevelse og gradbøjning af død vanskeliggøres yderligere af, at den fænomenologiske erfaring af hjernedød ikke er håndgribelig og i overensstemmelse med den generelle (sanse)erfaring af død, forstået som hjertedød. Den stereotypiske "død" opleves og formidles i den vestlige verden gennem et popkulturelt og ofte sekulært filter, hvor døden er en statisk og permanent tilstand ensbetydende med fravær af liv i både krop og sjæl/hjerne. Tilstanden af hjernedød og koma bryder denne statiske tilstand da deres oplevelsesværdi adskiller sig radikalt fra vores stereotypiske forestillinger om død. De fænomenologiske oplevelser knyttet til hjertedød er således ikke sansebare ved hjernedød og er samtidig fraværende ved koma.

Design driver

For at nedbringe forståelsesbyrden, skabe en robust mental model og frigive kognitive ressourcer til stillingtagen hos den potentielle organdonor må formidling om hjernedød ikke blot oplyse faktuel, men også forholde sig til den fænomenologiske oplevelse der giver grobund for kognitiv dissonans. Da den kognitive dissonans er en effekt af forskellige modstridende mentale modeller (samt en sammenblanding af disse) må de enkelte modeller adskilles visuelt såvel som linguistisk. Fremfor udelukket at bruge ord til at beskrive forskelle og ligheder bør der skabes intuitive visuelle forklaringsmodeller.



3.3. Stillingtagen som identitetsskabende handlekraft

Baggrund

Registreringssider og kampagner om stillingtagen i Danmark benytter ofte argumenter, som forholder sig til det der sker efter den potentielle donors egen død. Fokus på modtageren hænger sammen med den danske framing af organdonation som en folkesag og fokuserer hovedsageligt på altruistiske bevæggrunde som rationale for "ja" til organdonation. Gevinsten er abstrakt for stillingstageren fordi den: a) ligger langt ude i fremtiden/efter organdonorens død, og fordi b) modtageren af organerne er ukendt for donoren.

Design driver

Spørgsmålet om organdonation er en sag for de levende og stillingtagen kan med fordel frames som en identitetsskabende mulighed der signalerer handlekraft således at "gevinsten" ved et "ja" bliver mere vedkommende for stillingstageren. Sociale medier kan benyttes i strategien. Uddybende kan man med fordel gøre det lettere for stillingstageren at dele sit valg, og herved styrke identitet (som handlekraftig og rollemodel), samt styrke gruppetilhør til andre, der også har taget stilling til organdonation og delt deres beslutning.

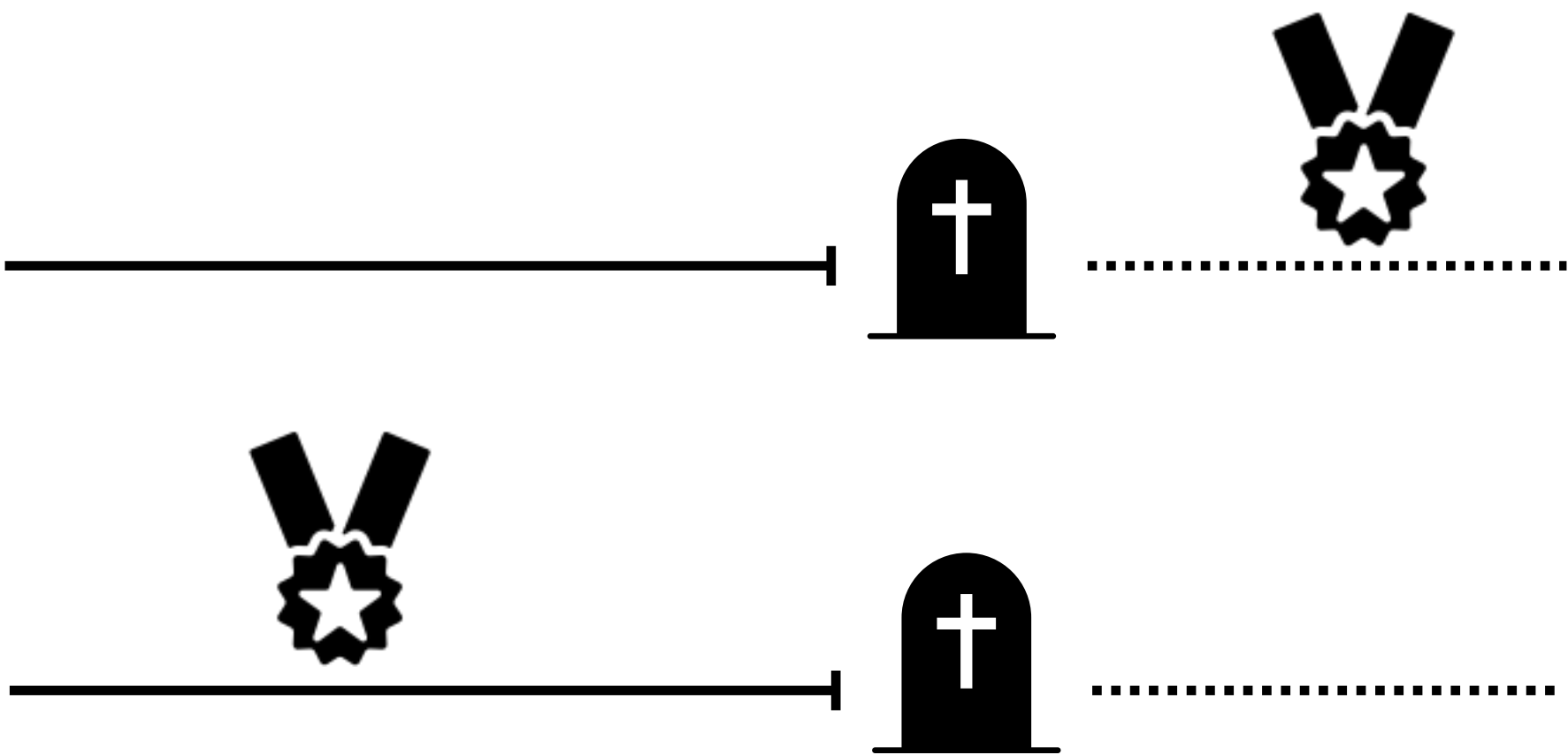
Nøgleord:

Identitet, rollemodel, sociale medier & handlekraft (empowerment).

References:

1. Michie, S. et al. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*, 46(1), 81-95. doi: 10.1007/s12160-013-9486-6

- Altruisme: mulighed for at redde andres liv
- Gevinsten kommer efter donorens egen død (abstrakt)
- Gevinsten kommer pga. donorens egen død
- Modtageren af gevinsten er ukendt for stillingstageren (abstrakt)



- + Handlekraft og identitet
- + Gevinsten kommer i donorens egen levetid
- + Mulighed for at dele valg (identitet som rollemodel og gruppetilhør)



3.4. Livtag med mistillid til sundhedssystemet 1/2

Baggrund

Den offentlige diskurs er præget af utryghed og mistillid til sundhedssystemet og -personalet¹ i kølvandet på enkeltsager^{2&3}, hvor patienter er vågnet op efter spørgsmålet om organdonation er blevet forelagt for pårørende.

Denne type historier spredte sig som ringe i vandet gennem dagligdagssamtaler og digitale medier, og bliver herigennem forankret i individets mentale model om organdonation: *"Som sagt, har hun formentlig ligget i koma. Men lægerne anbefalede at slukke for respiratoren, da hun alligevel var for hjerneskadet, og spurgte i den forbindelse om de måtte bruge hendes organer."* (citater fra et offentligt diskussionsforum).

Konsekvensen kan være en (mere eller mindre bevidst) modstand mod stillingtagen.

Nøgleord:

Full disclosure, peer-to-peer, mental model, modstand & abstrakt.

References:

1. Morgan S. E. (2008). In their own words: The Reasons Why People Will (not) Sign an Organ Donor Card. *Health communication*.
2. DR (2012). *Familie sagde ja til organdonation - men datter vågnede op igen*. Lokaliseret på: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/familie-sagde-ja-til-organdonation-men-datter-vaagnede-op-igen>
3. DR (2018). *Rikke vågnede fra koma, men kunne ikke vise, at hun var vågnet*. Lokaliseret på: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/rikke-vaagnede-fra-koma-og-kunne-hoere-snak-om-organdonation-men-kunne-intet-goere>

Familie sagde ja til organdonation - men datter vågnede op igen

Læger på Aarhus Universitetshospital vurderede, at en 19-årig kvinde, der blev hårdt kvæstet i en trafikulykke, ville ende som hjernedød. Derfor sagde familien ja til organdonation. Men lægerne tog fejl, for kvinden døde ikke, hun vågnede tværtimod op igen.

Rikke vågnede fra koma, men kunne ikke vise, at hun var vågnet

Forestil dig, at du ligger i en seng på hospitalet ude af stand til at kommunikere med omverdenen, mens pårørende og personale rundt om dig begynder at diskutere organdonation. Af dine organer, vel at mærke.

Det er ikke et naturligt mareridt eller et godt udtænkt gys, men noget der skete i virkeligheden for forsker Rikke Schmidt Kjærgaard.

3.4. Livtag med mistillid til sundhedssystemet 2/2

Design driver

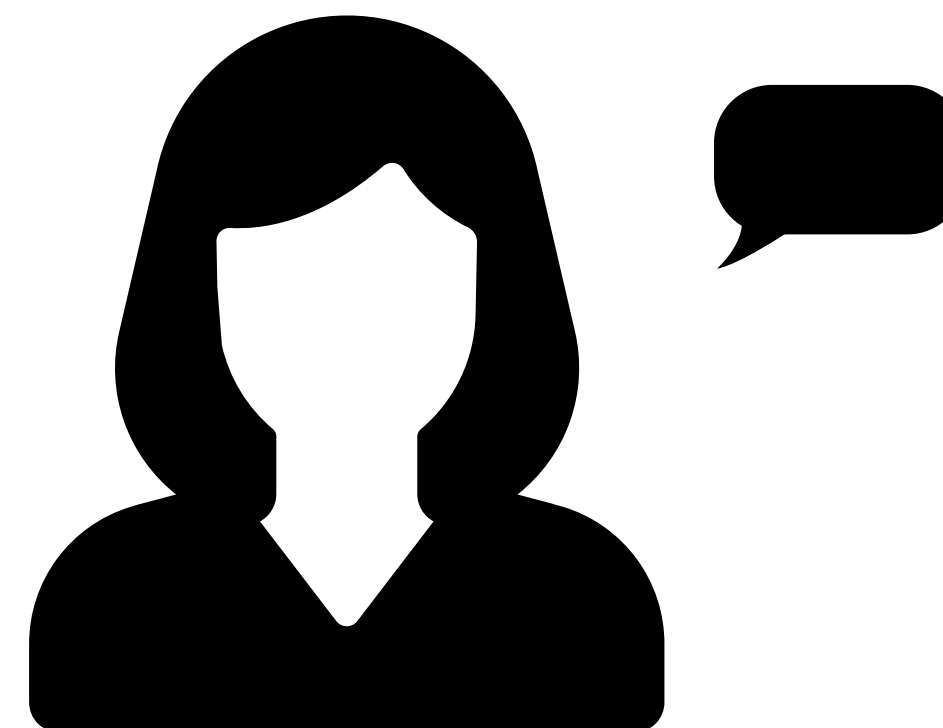
For at opdatere eller udskifte en mental model, kræves det at den bliver gjort bevidst for vedkommende, der har den. Derfor er det ønskværdigt at skabe åbenhed om sager, utryghed og mistillid. En tilgang til det er "full disclosure", hvor alle informationer om ovenstående type sager ligges ud til den potentielle organdonor. Med full disclosure bliver den mentale model forankret i et mere korrekt informationsgrundlag, og det kan samtidig adressere frygten for at sundhedssystemet "skjuler noget". Fordi der allerede kan være etableret en modstand mod sundhedssystemet og -personalet på baggrund af denne type sager og fordi der er en autoritetsgradient imellem den potentielle donor og fx lægen, er der en risiko for, at informationerne afvises/ikke tages ind af den potentielle donor. Derfor kan peer-to-peer formidling, hvor dele af informationen kommer fra en potentiel donor til en anden (fx gennem korte videoer) bruges som understøttende værktøj. Derudover bliver budskabet mindre abstrakt for modtageren, hvis det kommer fra en identificerbar kilde (Lone på 32 år frem for sundhedssystemet).

*Information fra sundhedspersonale
eller måske endda en uidentificerbar
kilde (fra modtagerens perspektiv)*



- Abstrakt
- Autoritetsgradient
- Modstand

Information fra Lone på 32 år



- Identificerbart
- I øjenhøjde

3.5. Righoldig formidling med funktionel grafik

Baggrund

På organdonationshjemmesider og i organdonations-folderen er der en stor mængde tekst, som kun brydes op af overskrifter. Dét kombineret med et komplekst indhold, kan gøre oplevelsen for læseren overvældende. Derudover kræver forståelsen højere kognitive funktioner og dermed flere kognitive ressourcer. Det kan have flere uønskværdige udfald: 1) at stillingstageren læser informationen, men ikke forstår den, 2) at stillingstageren kun skimmer informationen og derfor kun får en overfladisk forståelse, eller 3) at stillingstageren beslutter sig for at vende tilbage på et senere tidspunkt, hvor vedkommende har flere tidsmæssige og kognitive ressourcer til rådighed. Det sidste udfald kan i værste fald resultere i, at vedkommende aldrig får taget valget.

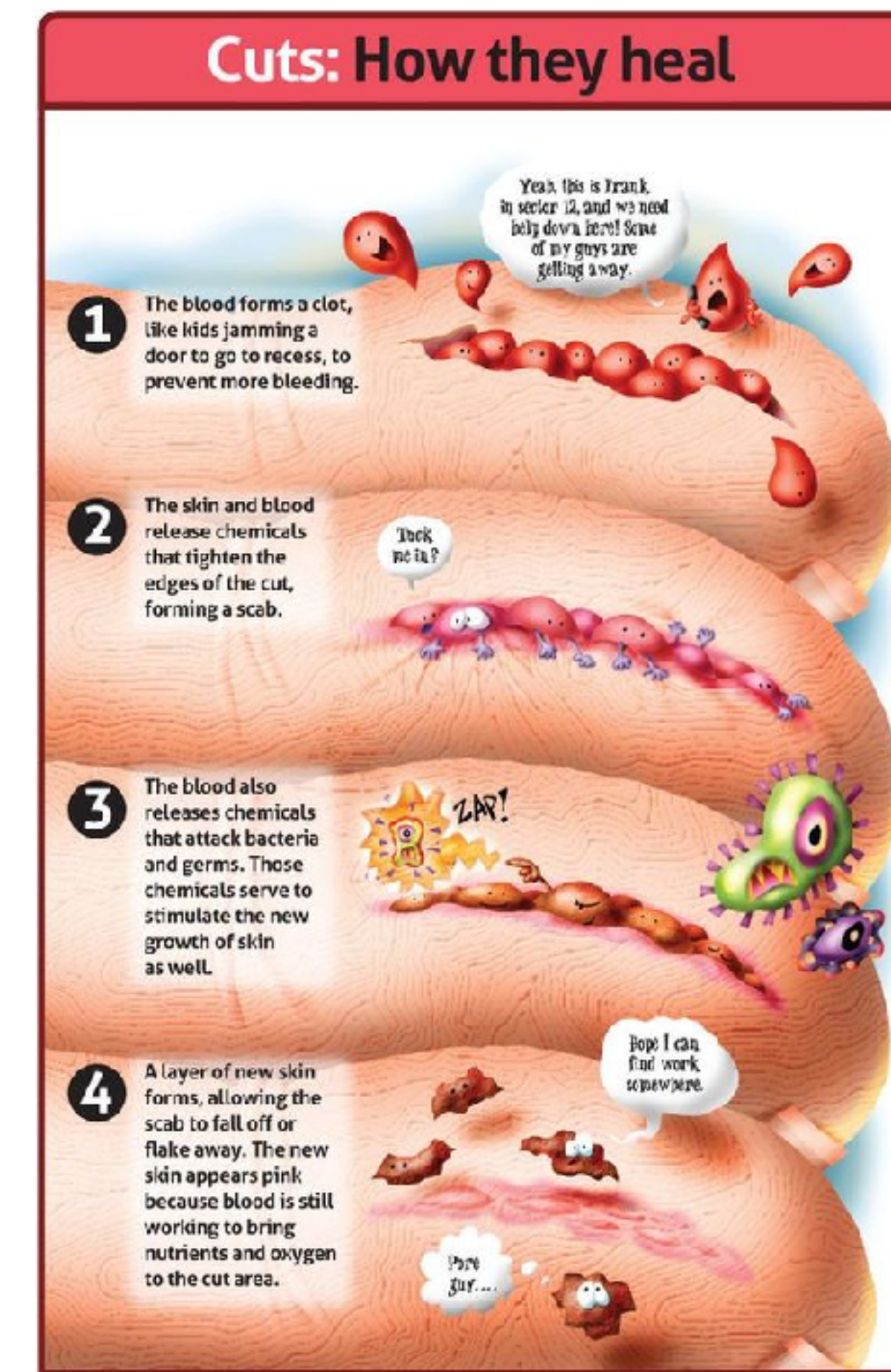
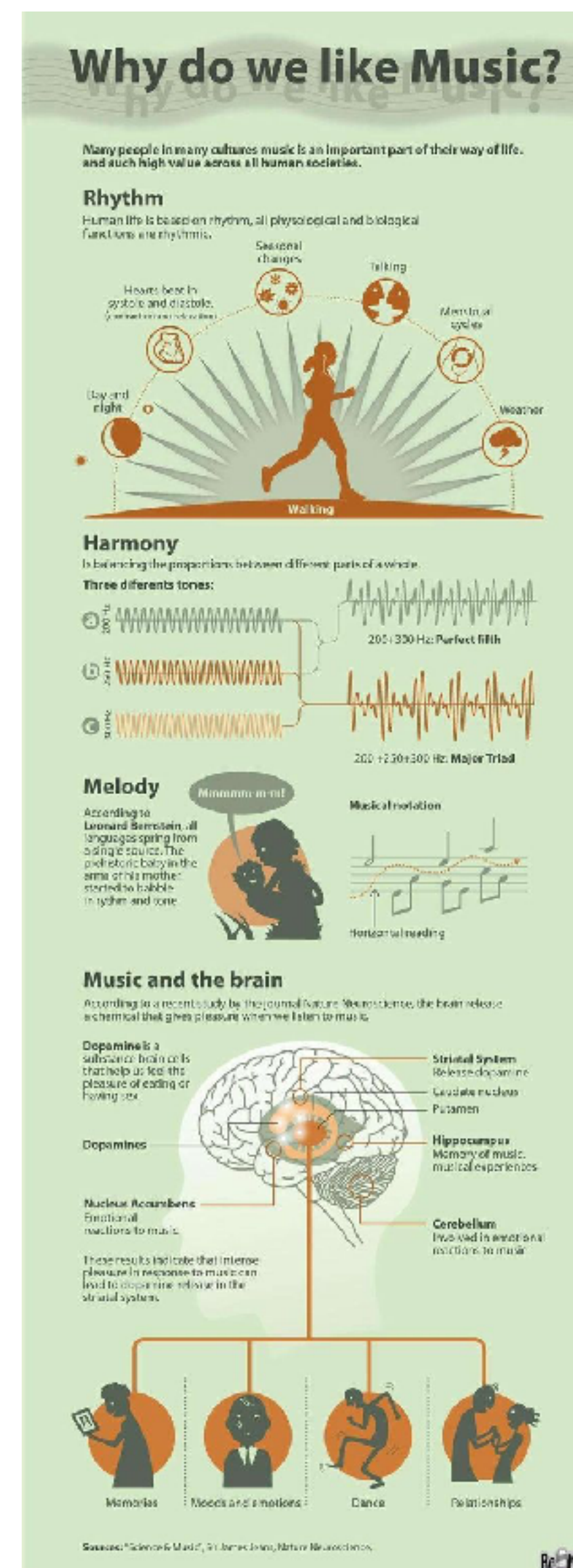
Design driver

For at gøre det nemmere for stillingstageren at bearbejde og forstå informationen, må man tale til de lavere kognitive lag. Sagt på en anden måde, må man gøre indholdet mere intuitivt og hermed inklusivt. En oplagt måde at gøre det på, er ved at understøtte tekst med funktionelle grafikker.

Nøgleord: Funktionelle grafikker, kognitive lag & kognitive ressourcer.

Referencer:

1. Lynsey, J. M. et al. (2018). Exploring the Role of Infographics for Summarizing Medical Literature. *Health Professions Education*, 3/2018.



3.6. Forankring af organdonationsvalget

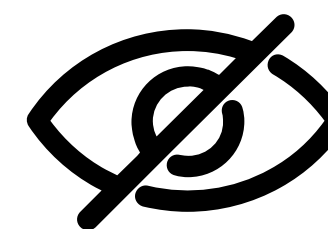
Baggrund

Organdonationsvalget er ofte abstrakt for stillingstageren. Sammenligner man med mange andre valg og handlinger i livet, står man ofte tilbage med konkrete beviser for enden af beslutningsprocessen; Biografbilletten på køleskabet giver liv til den sanseoplevelse, vi havde da vi så filmen, og når vi siger "ja" i kirken får vi en ring på fingeren. I forhold til organdonation derimod er beviserne mindre synlige, og det gør registreringshandlingen mere abstrakt.

Design driver:

Vi anbefaler, at arbejde med embodiment af organdonationsvalget. Embodiment handler om at gøre det synligt for stillingstageren at have truffet et valg. Sagt på en anden manifesteres uhåndgribelige handlinger og valg i et konkret servicebevis.

At arbejde med embodiment i form af tokens, har samtidig den effekt at det er med til at skabe identitet og gruppetilhør, og er derfor sammenhængende med design driver 3.



3.7. Italesættelse af (naturlige) misforståelser i øjenhøjde

Baggrund:

Der findes en lang række misforståelser om hvem der kan donere sine organer, og hvem der ikke kan, f.eks. om man kan være for gammel til at være organdonor, om man kan være donor af lunger, når man ryger, og om man kan være organdonor, hvis man har en sygdom.

Design driver:

Mentale barrierer i form af misforståelser overkommes, som nævnt, bedst ved at de adresseres og bringes frem i lyset.

Misforståelser om hvem der kan være organdonorer, bør adresseres på en letforståelig måde, som stillingstageren kan identificere sig med. Vi foreslår - som i forbindelse med design driver 4 - at benytte peer-to-peer historier. F.eks. ved at have korte videoer med ældre (i.e. fra stillingtagerens perspektiv), der fortæller, at man ikke kan være for gammel til at donere sine organer. Det står i modsætning til at have en lægefaglig person, som formidler denne information. Fordelen ved peer-to-peer i modsætning til en lægefaglig afsender er, at det for modtageren virker nærværende og identificerbart.

Nøgleord: peer-to-peer, mentale barrierer & identificering.



3.8. Behaviour design: Nudging og andre adfærdsteknikker 1/2

Rigtig mange har hørt om adfærdspåvirkning gennem brug af nudging teknikker, så hvorfor er nudging¹ ikke nævnt i denne rapport (før nu)?

Hvis vi ønsker at påvirke mennesker til at ændre adfærd, så har vi en bred værktøjskasse til rådighed. Detaljeret kendskab til denne værktøjskasse kan målrette og optimere vores indsatser så vi vælger det rigtige værktøj til den rette opgave.

Problemet med brug af værktøjer som nudging og gamification i denne sammenhæng (organdonation) er at præmisserne ikke er til stede for at bruge dem. Det grundliggende adfærdsmæssige problem skal så at sige løses for at man kan flytte folk med "overfladepåvirkninger" gennem nudging og gamification.

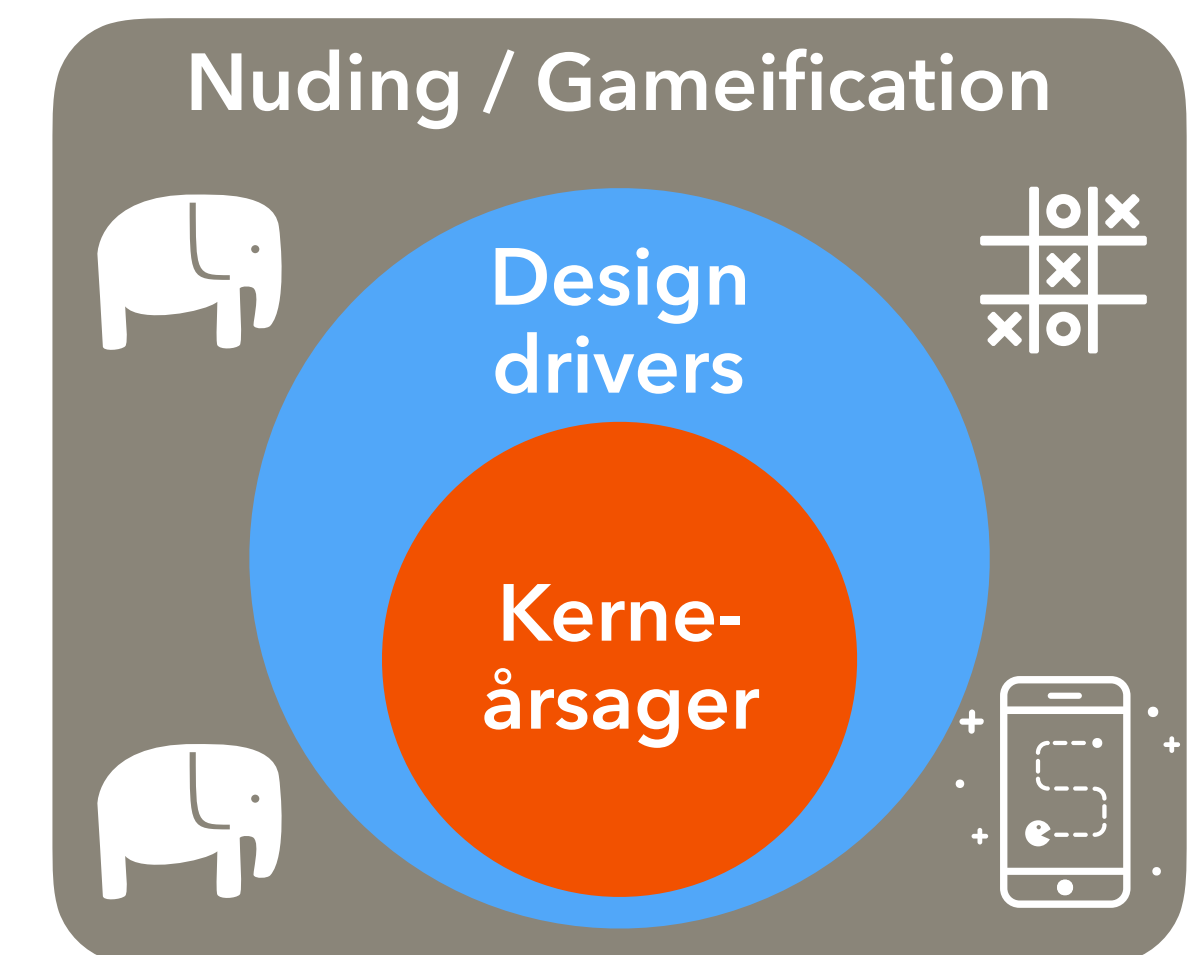
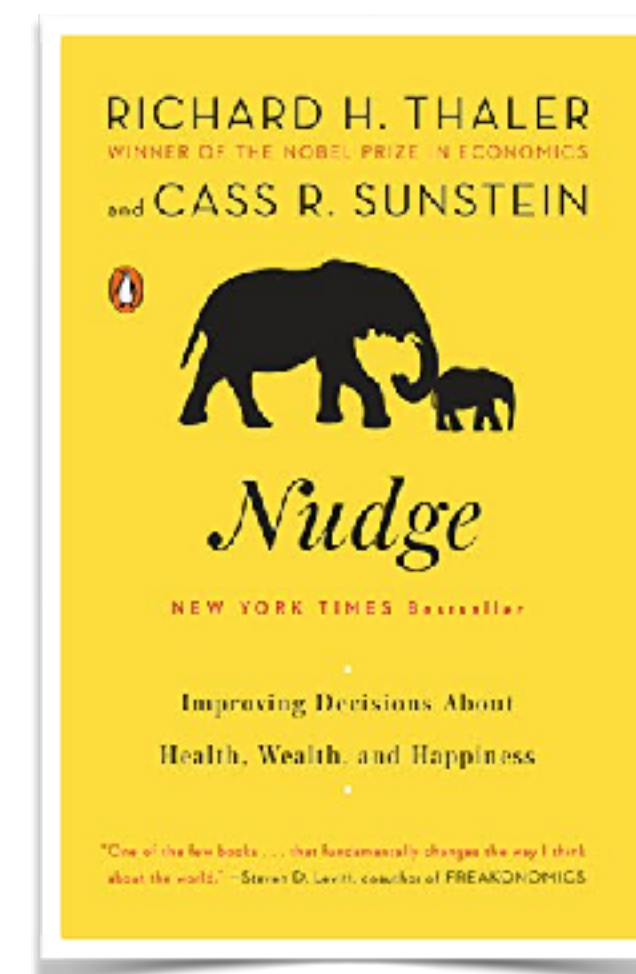
Sagt på en anden måde, hvis man har en forkert mental model eller mistillid til sundhedssystemet, så vil ingen mængde nudging eller gamification kunne rokke ved en persons holdning, adfærd eller beslutning.

References:

1. Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness.
2. <http://www.ucl.ac.uk/behaviour-change-techniques>
3. <https://teaching.berkeley.edu/what-gamification>

Nudging og gamification virker altså kun når der ikke er basale barrierer på spil, som dem vi finder i kerneårsagsanalysen. Denne erkendelse har affødt sundhedsmedicinske tiltag, der går langt mere basalt til værks end overfladepåvirkninger som nudging².

Når kerneårsagerne er adresseret, så vil det til gengæld give mening at supplere med ekstra adfærdspåvirkninger. Derfor har vi i afsnit 6 i design guideline booklet også suppleret med specifikke anbefalinger omkring brug af øvrige adfærdspåvirknings-værktøjer. Dette er dog ikke det centrale fokus på rapporten, hvorfor der kun gives eksempler.



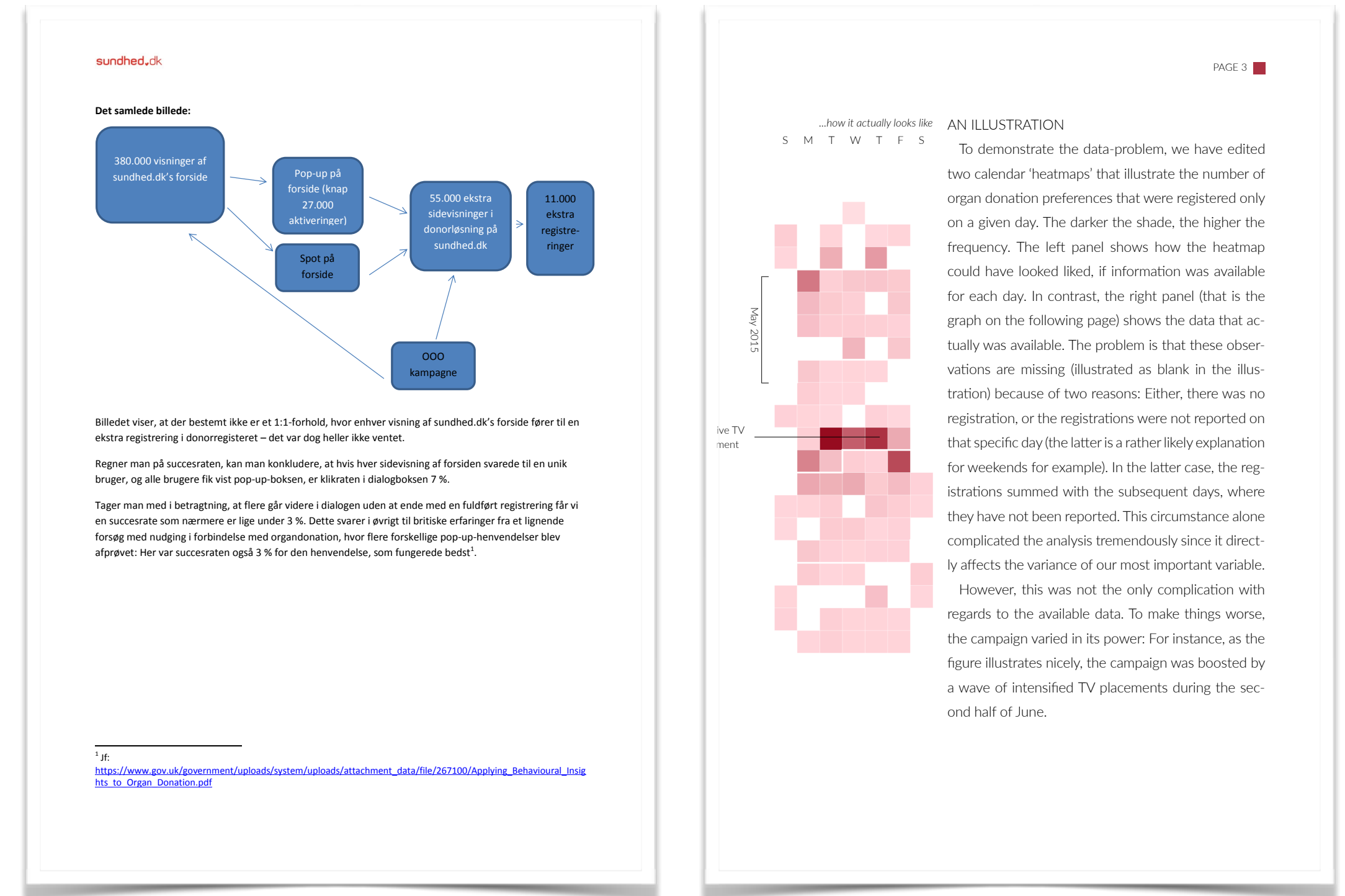
3.8. Behaviour design: Nudging og andre adfærdsteknikker 1/2

I 2015 gennemførte sundhedsstyrelsen en kampagne hvor en pop-up på hjemmesiden sundhed.dk skulle lede brugere fra forside ned i løsningen, hvor brugeren kan oprette eller redigere sin registrering i donorregisteret. Denne løsning havde en dokumenterbar effekt selvom årsagen rent metodisk ikke entydigt kan isoleres.

Fra perspektivet af denne rapport er det sandsynligt at gruppen, der besøger sundhed.dk er borgere der tilhøre kategorien "Ja-klare", der blot mangler at handle på en rationel analytisk beslutning (se afsnit 5 om interessenter).

En pop-up, der gør selve den praktiske handling let tilgængelig (via et direkte link) virker for denne gruppe.

En sådan kampagne vil kun have meget lille til ingen effekt på de positivt stemte.



Løsningen med en pop-up er adfærdsmæssigt set ikke en nudging-løsning. En pop-up skaber opmærksomhed og gør det let for brugerne at tilgå registrering. Opmærksomhed og brugervenlighed (direkte link) er således gode adfærdsdesignværktøjer, men de rummer ikke nogle nudge-elementer.

3.9. Opsamling på design drivers

I nærværende afsnit har vi fremlagt design drivers, der forholder sig til de identificerede kerneårsager i forrige afsnit. Som nævnt i introduktionen er der ikke et en-til-en forhold mellem kerneårsager og design drivers. Følgende design drivers blev identificeret:

1. Formidlingsdiskurs tættere på en dagligdagsforståelse
2. Intuitiv italesættelse af oplevelsesmæssig dissonans
3. Stillingtagen som identitetsskabende handlekraft
4. Livtag med mistillid til sundhedssystemet
5. Righoldig formidling med funktionelle grafikker
6. Forankring af organdonationsvalget
7. Italesættelse af (naturlige) misforståelser i øjenhøjde

Nudging og andre adfærdsteknikker (fx gamification) kan bruges som værktøjer til at understøtte nogle af de ovenstående design drivers, men for at disse tiltag skal være effektfulde kræver det, at der ikke er nogen basale barrierer.

I det kommende afsnit (afsnit 4) søger vi at afdække, hvordan formidlingen på eksisterende organdonations-touchpoints opfylder de syv design drivers.



4. GAP-analyse



4. Introduktion til GAP-analysen

GAP-analysen sammenholder design drivers med den eksisterende information for at identificere relevante kommunikative indsatsområder. Følgende touch points analyseres:

1. Donorfolder med donorkort
2. Giv livet videre-kampagnen
 - A. Videoen fra *Giv livet videre*-hjemmesiden, <http://www.givlivetvidere.dk/>
 - B. *Giv livet videre* på sociale medier: Facebook og Instagram.
 - C. Information om og evaluering af kampagnen på: <http://sincera.dk/givlivetvidere/>
3. sundhed.dk:
 - A. Tilmeldingssiden: <https://www.sundhed.dk/borger/min-side/mine-registreringer/organdonation/>
 - B. Artikler, fx: *Organdonation kan redde mange liv & Donation og obduktion*.
4. Sundhedsstyrelsens film om hjernedød

For hver af de fire touchpoints ses der på, hvordan de placeres op til design drivers identificeret i afsnit 5. De placeres herved på skalaer, som forholder sig til:

1. Om diskursen er medicinsk faglig eller tæt på en dagligdagsforståelse
2. Om formidlingen af hjernedød og oplevelsesmæssig dissonans er intuitiv
3. Om logikken for organdonation forholder sig til dét der sker efter livet eller identitet i stillingstagerens liv
4. Om mistillid til sundhedssystemet italesættes
5. Om funktionel grafik benyttes til at formidle komplekst indhold
6. Om organdonationsvalget er forankret fysisk (i.e. er der et bevis for valget)
7. Om (naturlige) misforståelser om, hvem der kan være donorer, italesættes



4.1. Donorfolder med donorkort 1/3

Donorkortet er et primært touchpoint, der dels skal informere og dels understøtte selve den aktive beslutning ved at udfylde donorkortet.



1. Formidlingsdiskurs

Teknisk medicinsk					Dagligdagsforståelse				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Oplevelsesmæssig dissonans

Faktuel italesættelse					Intuitiv italesættelse				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Identitetsmæssig logik

Efterlivet					Nu og her				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Mistillid

Faktuel argumentation					Anerkende bekymring				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Righoldig formidling

Tekst					Funktionel grafik				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Forankring af valg

Abstrakt					Fysisk manifest				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Misforståelser

Italesættes ikke					Italesættes				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



4.1. Donorfolder med donorkort 2/3

1. Formidlingsdiskurs (....5.....)

Diskursen i organdonationsfolderen er medicinsk. Alligevel formidles indholdet med et relativt letforståeligt sprog, så det også er tilgængeligt for personer uden for den medicinske verden. Dele af indholdet kræver dog stadig mange kognitive ressourcer at tilgå, fordi det drejer sig om komplekse emner. Modtageren bliver ikke hjulpet af funktionelle grafikker (se også punkt 5). Derudover inddrages stillingtagerens dagligdagsforståelse emnemæssigt ikke i særlig høj grad ved at fx at adressere mistillid eller udbredte misforståelser.

2. Oplevelesmæssig dissonans (....5.....)

Organdonationsfolderen forklarer emnet hjernedød, og forklarer hvordan det adskiller sig fra hjertedød. Der er dog ingen visualiseringer/grafikker til at understøtte læserens forståelse af et komplekst emne.

3. Identitetsmæssig logik (1.....)

Fokus er kun på modtager og pårørende, når det beskrives, hvorfor man skal tage stilling til organdonation: *"Hvis dine nærmeste ikke kender din holdning, kan det være svært for dem at tage stilling. Ikke mindst fordi de i forvejen vil stå i en vanskelig situation umiddelbart efter din død"*. Det betyder, at der ikke beskrives nu-og-her gevinster ved stillingtageren.

4. Mistillid (.2.....)

Mistillid til sundheds-systemet og -personale italesættes og anerkendes ikke direkte. Til gengæld adresseres den ved at understrege grundigheden i undersøgelsen af hjernedød fra et faktuel perspektiv: *"En person kan kun erklæres hjernedød, når to speciallæger har gennemført en særlig hjernedødsundersøgelse. Det er en lang række undersøgelser [...] Undersøgelserne bliver gentaget efter mindst en time, og først derefter kan lægerne erklære personen hjernedød"*.



4.1. Donorfolder med donorkort 3/3

5. Righoldig formidling (1.....)

Der er ingen funktionelle grafikker i organdonationsfolderen.

6. Forankring af valg (.....6.....)

Selve donorkortet kan betragtes som et konkret bevis på stillingstagen. Det er imidlertid ikke et bevis/token, der ligger op til at blive vist og delt (som fx et armbånd eller en broche), og derfor styrker det ikke på samme måde social identitet og gruppetilhør.

7. Misforståelser (..3.....)

Mange naturlige misforståelser om hvem der kan være organdonorer adresseres ikke i donorfolderen. Dog skrives der, at *“alle over 18 år kan tilmelde sig donorregistreret”*, men kun misforståelser mht. alder adresseres direkte: *“Der er ikke en fast øvre aldersgrænse for at kunne blive organdonor.”*, mens misforståelser angående rygning og sygdomme ikke nævnes.



4.2. Giv livet videre-kampagnen 1/3

Formålet med *Giv livet videre*-kampagnen var at få flere til at tage stilling, informere deres nærmeste, registrere sig som organdonorer samt give informationer, skabe debat og gøre organdonation til en folkesag. Man kunne støde på kampagnen flere steder, idet den benyttede en lang række kanaler: sociale medier (både egne sider og via offentlige personer), tv-udsendelser (fx Go' morgen Danmark), artikler, radio, kampagneplakater i det offentlige rum og events.



1. Formidlingsdiskurs

Teknisk medicinsk							Dagligdagsforståelse		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Oplevelesmæssig dissonans

Faktuel italesættelse							Intuitiv italesættelse		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Identitetsmæssig logik

Efterlivet								Nu og her	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Mistillid

Faktuel argumentation							Anerkende bekymring		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Righoldig formidling

Tekst							Funktionel grafik		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Forankring af valg

Abstrakt							Fysisk manifest		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Misforståelser

Italesættes ikke							Italesættes		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



4.2. Giv livet videre-kampagnen 2/3

1. Formidlingsdiskurs (.....8..)

Diskursen i *Giv livet videre*-kampagnen er tæt på den menneskelige meningsverden. Dette både når det kommer til det sproglige og indholdsmæssige: Niveauet af medicinsk fagsprog er lavt, og emner som at stillingtagen fjerner tvivlsspørgsmål hos efterladte, at afdøde stadig ser levende ud, selvom vedkommende er hjernedød, ubehaget ved, at der skal skæres i afdøde, samt hvordan afdøde vil se ud efterfølgende, adresseres i videoen på <http://www.givlivetvidere.dk/> ud fra et peer-to-peer perspektiv (i.e. den pårørende som stillingstager). Plakater med et billede af modtageren af et organ og ordet "tak" samt historier om modtagere af organer, formidler derudover behovet for organer i et menneskeligt perspektiv. Dog skal det nævnes, at perspektivet fra den potentielle donor som stillingstager ikke inddrages i særlig høj grad i kampagnen. Hverken når det kommer til afsender eller indhold.

2. Oplevelsesmæssig dissonans (...4.....)

Formidlingen af hjernedød og kognitiv dissonans berøres kort og overfladisk i videoen på <http://www.givlivetvidere.dk/>: "... og ja, så var vi jo inde og så ham, og der var han jo varm og han lå jo stadig bare og lignede sig selv..." (03.53). Videoen forudsætter dog, at man allerede ved, hvad hjernedød er, den fylder ikke særlig meget, og videoen forklarer ikke, hvordan det at være hjernedød adskiller sig fra hjertedød og koma.

3. Identitetsmæssig logik (1.....)

Argumenterne for at tage stilling i *Giv livet videre*-kampagnen forholder sig til det der sker efter stillingstagerens død: At organerne kan redde liv (i.e. billede af modtager med ordet "Tak" på plakaterne), og at de pårørende slipper for at tage valget: Videoen fra <http://www.givlivetvidere.dk/> slutter med: "Ved din familie, hvad der skal ske med dine organer, hvis uheldet er ude? Eller skal de træffe valget for dig?" (07.27). Der beskrives ikke nu-og-her gevinster ved stillingstagen.



4.2. Giv livet videre-kampagnen 3/3

4. Mistillid (..3.....)

Mistillid til sundhedssystemet adresseres i videoen <http://www.givlivetvidere.dk/> ved at fortælle fra et pårørende-perspektiv (peer-to-peer), at hjernedøds-kriteriet blev tjekket grundigt: *"...og det skal man jo gøre flere gange og jeg kan ikke huske med hvor mange timers mellemrum, så man var 100 % sikker på, at Georg var hjernedød"* (03.55). Bekymringer anerkendes dog ikke direkte.

5. Righoldig formidling (...4.....)

Kampagnen benyttede sig af visuelle virkemidler bl.a. af plakater med modtagere af organet med ordet "tak" (peer-to-peer). Andre væsentlige emner forklares dog ikke med funktionel grafik.

6. Forankring af valg (.....8..)

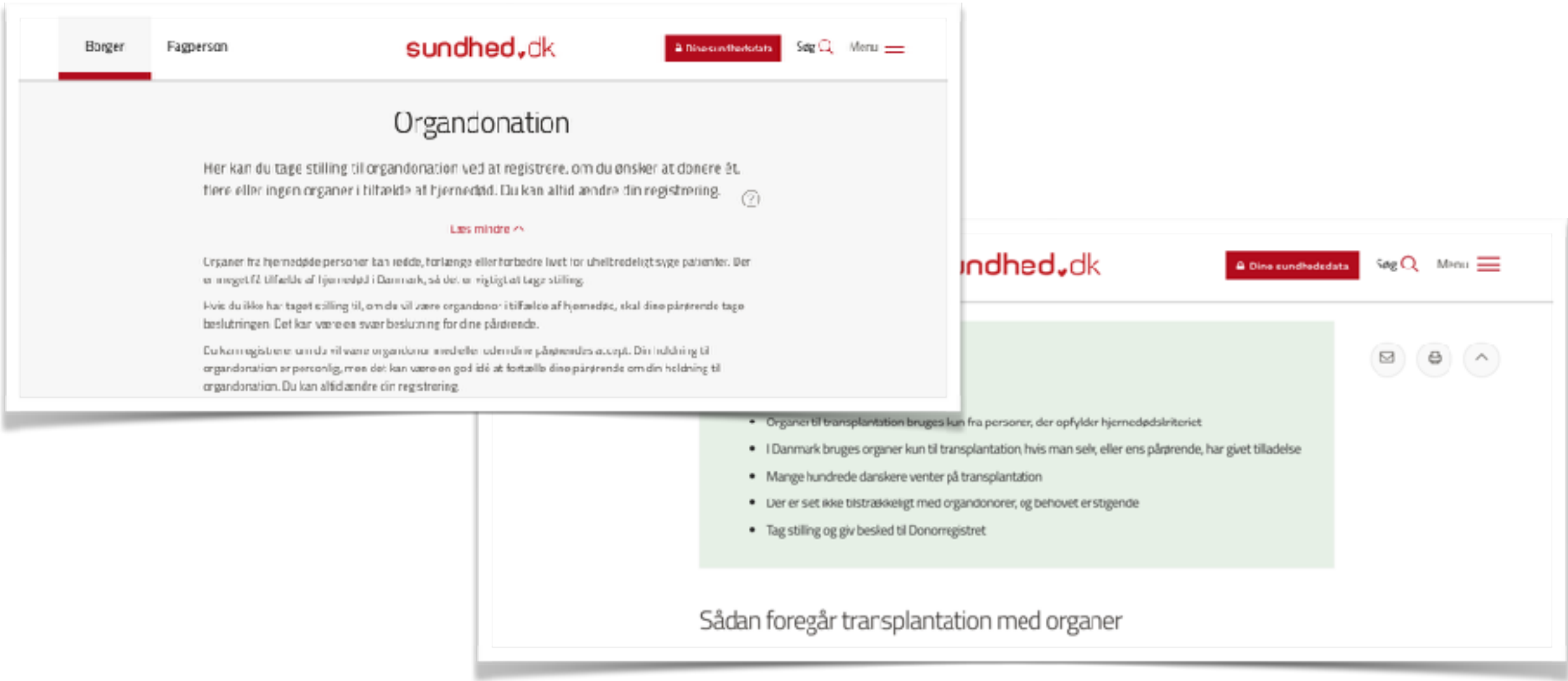
Giv livet videre-kampagnen benyttede sig af en række måder at forankre stillingtagen: Ved at opfordre til at registrerede donorer tegnede et ar og delte det på sociale medier og ved brug af hashtagget #givlivetvidere (Facebook og Instagram). Det skal dog nævnes at arret som "bevis" symbolsk forholder sig til modtageren af et organ og ikke stillingstagningsvalget (se også punkt 3).

7. Misforståelser (.2.....)

Nogle af misforståelserne om hvem, der kan være organdonor adresseres på Facebook i videoformat, mens andre ikke adresseres. Til gengæld virker flere af videoerne ikke officielle, og man bliver derfor i tvivl om, hvem afsenderen er, og om informationerne kan tages for gode varer.

4.3. Sundhed.dk 1/3

sundhed.dk-hjemmesiden er et væsentligt touchpoint, hvor borgeren kan registrere sit valg om organdonation. Derudover kan man læse en række artikler om organdonation, fx: *‘Organdonation kan redde mange liv’* og *‘Donation og obduktion’*.



1. Formidlingsdiskurs

Teknisk medicinsk					Dagligdagsforståelse				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Oplevelsesmæssig dissonans

Faktuel italesættelse						Intuitiv italesættelse			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Identitetsmæssig logik

Efterlivet								Nu og her	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Mistillid

Faktuel argumentation						Anerkende bekymring			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Righoldig formidling

Tekst							Funktionel grafik		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Forankring af valg

Abstrakt								Fysisk manifest	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Misforståelser

Italesættes ikke								Italesættes	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



4.3. Sundhed.dk 2/3

1. Formidlingsdiskurs (...5.....)

Selvom indholdet i høj grad er medicinsk, er sprogbruget på sundhed.dk forholdsvis letforståeligt og lettilgængeligt. Indholdsmæssigt inddrages stillingtagerens perspektiv dog ikke i særlig høj grad.

2. Oplevelesmæssig dissonans (.....7...)

Der er en del information om hjernedød i artiklen *"Organdonation kan redde mange liv"*, og flere centrale emner belyses, herunder: Forskellen på hjernedød, hjertedød og koma. Oplevelesmæssig dissonans italesættes på følgende måde: *"Det betyder, at kroppen stadig er varm, og brystkassen hæver og sænker sig, fordi respiratoren trækker vejret for personen"*. Til gengæld er der ingen grafikker, der understøtter en intuitiv forståelse af et komplekst emne.

3. Identitetsmæssig logik (1.....)

Argumenterne for at tage stilling til organdonation i artiklen *"Organdonation kan redde mange liv"* og på registreringssiden tager udgangspunkt i det der sker efter stillingtagerens død: *"Hvis du ikke har taget stilling til, om du vil være organdonor i tilfælde af hjernedød, skal dine pårørende tage beslutningen. Det kan være en svær beslutning for dine pårørende."* Der er ikke nogen argumenter, der forholder sig til nu-og-her gevinster.

4. Mistillid (.2.....)

Mistilliden til sundhedssystemet anderkendes ikke direkte, men adresseres ud fra en faktuel logik; at der sker en grundig undersøgelse for at sikre sig, at den potentielle donor er hjernedød.



4.3. Sundhed.dk 3/3

5. Righoldig formidling (.2.....)

Der er én grafik, der viser en transplanteret nyre på: *"Organdonation kan redde mange liv"*. Til gengæld er der ikke nogle funktionelle grafikker der understøtter forståelsen af andre komplekse emner, fx. hjernedød.

6. Forankring af valg (1.....)

Registreringssiden på sundhed.dk tilbyder ikke nogen synliggørelse/forankring af valg. Sagt på en anden måde, når den potentielle donor har registreret sig valg modtages der ikke nogen kvittering eller *"tak"*.

7. Misforståelser (..3.....)

Alder adresseres kort i artiklen *"Organdonation kan redde mange liv"*, mens andre misforståelser (fx om man kan være organdonor hvis man har en sygdom eller er ryger) ikke adresseres.



4.4. Film om hjernedød 1/3

Sundhedsstyrelsen har lavet en film om hjernedød, som kan findes på hjemmesiden: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/organdonation>.



1. Formidlingsdiskurs

Teknisk medicinsk							Dagligdagsforståelse		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Oplevelesmæssig dissonans

Faktuel italesættelse							Intuitiv italesættelse		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Identitetsmæssig logik

Efterlivet								Nu og her	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Mistillid

Faktuel argumentation							Anerkende bekymring		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Righoldig formidling

Tekst							Funktionel grafik		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Forankring af valg

Abstrakt								Fysisk manifest	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Misforståelser

Italesættes ikke								Italesættes	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



4.4. Film om hjernedød 2/3

1. Formidlingsdiskurs (.2.....)

Sproget er relativt letforståeligt. Uddybende er indholdet medicinsk, men indholdet formidles med hverdagssprog. Dele af indholdet kræver dog stadig mange kognitive ressourcer at tilgå pga. dets kompleksitet. Modtageren bliver ikke hjulpet af opbrud eller funktionelle grafikker (se også punkt 5) i videoen. Afsenderen er en lægefaglig autoritet (fx en overlæge fra neurokirurgisk klinik) gennem hele filmen, og framingen er generelt medicinsk, fx med videooptagelser fra en operationsscene. Hverken i det indholdsmæssige eller formidlingsmæssige inddrages perspektivet fra den potentielle donor som stillingstager.

2. Oplevelsesmæssig dissonans (.....8..)

Filmen tilbyder en god og fyldestgørende forklaring af hjernedød, forskellen på hjernedød og koma ("*hjernedød har intet med koma at gøre*"), og at den hjernedøde ikke ser død ud (i.e. at den hjernedøde er varm, at hjertet slår, og at der stadig kan være små bevægelser, fordi rygmarven stadig får blod og iltforsyning), men som nævnt er der ikke nogle funktionelle grafikker til at gøre emnet mere intuitivt.

3. Identitetsmæssig logik (1.....)

Filmen forholder sig ikke direkte til gevinster ved organdonation. Det hænger sammen med, at fokuset i videoen er meget specifikt: Oplysning om hjernedød. Videoen har dog følgende sætning i introduktionen "*29 døde mens de var på venteliste*", hvori det implicite rationale for at tage stilling handler om manglen på organer (frem for en identitetsmæssig logik).



4.4. Film om hjernedød 3/3

4. Mistillid (.2.....)

Mistilliden til sundheds-systemet og -personale italesættes ikke direkte, men adresseres indirekte ved at understrege, at der sker en grundig undersøgelse for at sikre, at den potentielle donor er hjernedød.

5. Righoldig formidling (1.....)

Filmen om hjernedød indeholder ikke nogen grafikker.

6. Forankring af valg (1.....)

Note: Ikke relevant.

7. Misforståelser (1.....)

Misforståelser om hvem der kan være organdonorer adresseres ikke i videoen, da videoens fokus som nævnt er meget specifikt (i.e. oplysning om hjernedød).



4.5. Opsamling på GAP-analyse 1/2

Ud fra ovenstående GAP-analyse identificeres indsigter som dækker over mulige kommunikative indsatsområder. Hvordan de kan adresseres beskrives i afsnit 6 (Opsamling & designbooklet).

1: Formidlingsdiskurs:

GAP-analysen viste, at man i mødet med organdonation på offentlige sites, kampagner mm. møder et relativt letforståeligt sprog. Til gengæld er selve indholdet næsten udelukkende medicinsk (med undtagelse af kampagnen *Giv livet videre*), og mange emner, som ræsonnerer med den menneskelige mening i stillingstagningsprocessen (især hvis man tilhører en tvivlende gruppe) adresseres ikke. Derudover er afsenderen af informationen ikke selve den potentielle donor som stillingstager på nogle af de analyserede touchpoints. Istedet var det pårørende som stillingstagere eller lægefaglige personer. Derfor er formidlingsdiskursen et væsentligt kommunikativt indsatsområde.

2. Oplevelsesmæssig dissonans:

GAP-analysen viste, at der på de analyserede touchpoints findes mange gode forklaringer på hjernedød og vigtige emner, herunder oplevelsesmæssig dissonans. Alligevel er emnet svært at forstå, og vi foreslår, at det kunne gøres mere intuitivt for modtageren.

3. Identitetsmæssig logik:

GAP-analysen viste, at mange af argumenterne for organdonation forholder sig til det der sker efter den potentielle donors død (i.e. at de pårørende slipper for at træffe valget samt på modtageren af organer), men ikke på gevinsten i stillingstagerens eget liv. Derfor anbefaler vi, at man, i formidlingen af hvorfor man skal tage stilling, også fokuserer på en identitetsmæssig logik.

4. Mistillid:

GAP-analysen viste, at mistillid til sundhedssystemet og sundhedspersonalet ikke italesættes og anerkendes direkte, selvom det fylder en del i pop-kulturen. Dog understreges grundighed ift. undersøgelsen af hjernedød ud fra en faktuel logik. Vi foreslår dog, at mistillid italesættes med fokus på anerkendelse.

5. Righoldig formidling:

GAP-analysen viste, at der generelt ikke bruges særlig mange hjælpemidler til at gøre komplekse emner mere intuitive for modtageren. Derfor er det et væsentligt kommunikativt indsatsområde.



4.5. Opsamling på GAP-analyse 2/2

6. Forankring af valg:

I *Giv livet videre* blev registrerede organdonorer opfordret til at tegne et ar og dele det på sociale medier. Dette token forholder sig imidlertid til modtageren af organet frem for selve den handling det er at tage valget og en identitetsmæssig logik anvendes derfor ikke. Donorkortet er også en fysisk forankring af et valg. Donorkortet er vigtigt, fordi det i sig selv også er en måde at tage stilling på. Imidlertid er det ikke et token, der ligger op til at blive delt på fx sociale medier. Derfor kan det være relevant at fokusere på tokens, som forholder sig til selve stillingstagnings-handlingen, og som ligger op til at blive delt.

7. Misforståelser:

Udbredte misforståelser adresseres i meget lille grad på de analyserede touchpoints. Alder adresseres flere steder, men misforståelser om, hvorvidt man kan være organdonor, når man er ryger eller har en sygdom italesættes stort set ikke. Derfor er italesættelse af misforståelser et relevant indsatsområde.

De næste to afsnit af rapporten sigter på at synliggøre, hvordan indsatsområderne skal adresseres. I Interessent-analysen (afsnit 5) ses der på målgruppen for indsatser og på kanaler for indsatser. I opsamlings og designbooklet-afsnittet (afsnit 6) fokuseres der på design-guidelines til en kommunikationsstrategi.



5. Interessentanalyse



5. Introduktion til interessentanalysen 1/2

Organdonation omhandler ikke kun forholdet mellem det enkelte individ og dennes stillingtagen til organdonation. Tværtimod, må spørgsmålet om organdonation ses som en del af et større økosystem indeholdende mange forskellige stakeholders og interessenter med en bred diversitet af bevæggrunde, motiver og interesser.

Afsnittet indeholder følgende dele:

1. Identificering af stakeholders og interessent-mapping ift. om de er: primære, sekundære eller tertiære.
2. Basisantagelser ift. stillingstagere (1: den potentielle donor som stillingstager og 2: den pårørende som stillingstager) ud fra eksisterende viden og forskning.
3. Segmentanalyse med fokus på den potentielle donor som stillingstager.
4. Interessentanalyse (patientforeninger, offentlige hjemmesider, politikere og sundhedsprofessionelle) med fokus på udgangspunktet for kommunikation om organdonation, og hvilke design drivers, der er særligt vigtige for disse interessenter.

Primære stakeholders:

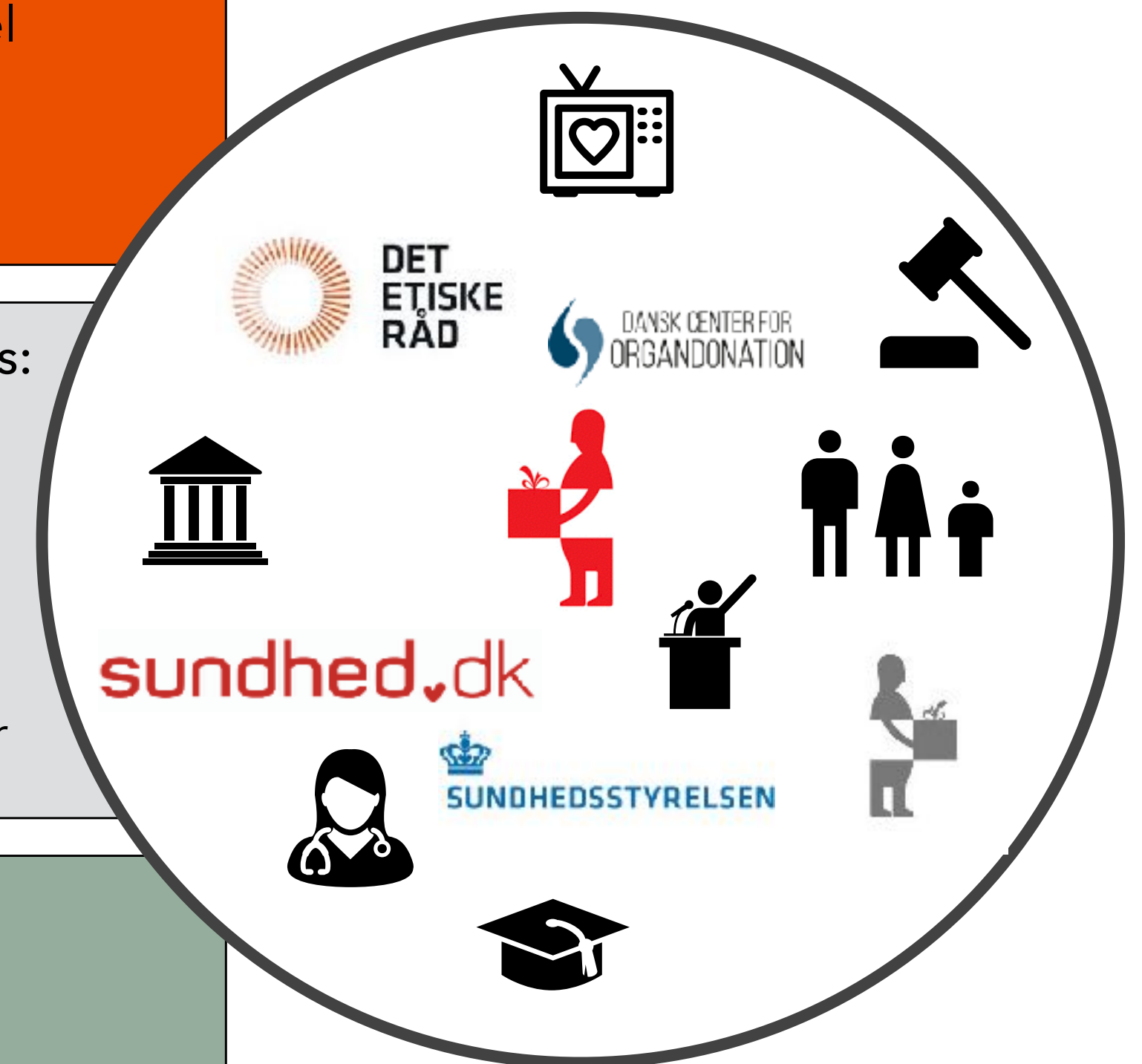
- Potentiell organdonor
- Pårørende til potentiell organdonor
- Modtager af organer

Sekundære stakeholders:

- Sundhedsstyrelsen
- Dansk center for organdonation
- sundhed.dk
- Patientorganisationer
- Læger/sygeplejersker

Tertiære stakeholders:

- Politikere
- Etisk råd
- Pressen/medierne
- Den danske befolkning
- Forskere



5. Introduktion til interessentanalysen 2/2

For alle interessenters vedkommende er det vigtigt at understrege at den eksisterende kommunikationstilgang har en masse kvaliteter, der bør bibeholdes.

Præmissen for denne kommunikationsanalyse er netop, at eksisterende kommunikation matcher en eksisterende gruppe borgeres logik. Omvendt er der en større gruppe borgere, som ikke får den fornødne glæde af den eksisterende kommunikation og dermed ikke bliver understøttet i at træffe et aktivt valg.

Interessentanalysen fokus er således at forstå, hvordan de forskellige interessenters behov ift. kerneårsagsanalysen samt hvilke interessenter, der kan bidrage til løfte disse kommunikationsbehov.

Der er i nogen grad tale om en dobbelt dynamik ift. at interessenter både kan have behov for at blive understøttet med målrettet kommunikation og samtidig selv kan være en ressource ift. at løfte kommunikationsopgaven. Det gælder eksempelvis ift. borgere og sundhedsprofessionelle.

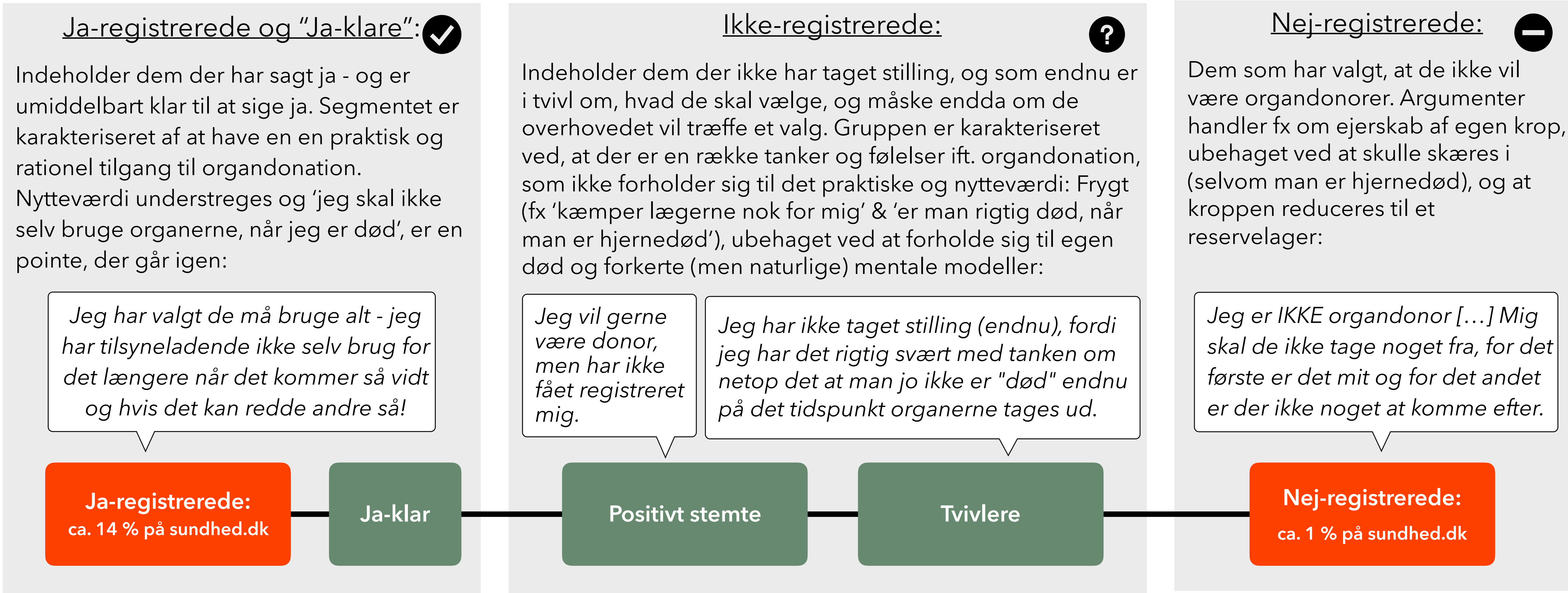
Interessentanalysen kigger derfor på det kommunikative behov i tillæg til den eksisterende kommunikation.

5.1. Segmentering ift. organdonationsregistrering 1/2

Ved gennemgang og analyse af offentlige diskussionsfora fandt vi overordnet tre segmenter af stillingstagere:

- 1. **Ja-registrerede og "Ja-klare" der blot mangler at registre sig**
- 2. **Ikke-registrerede (positivt stemte & tvivlere)**
- 3. **Nej-registrerede**

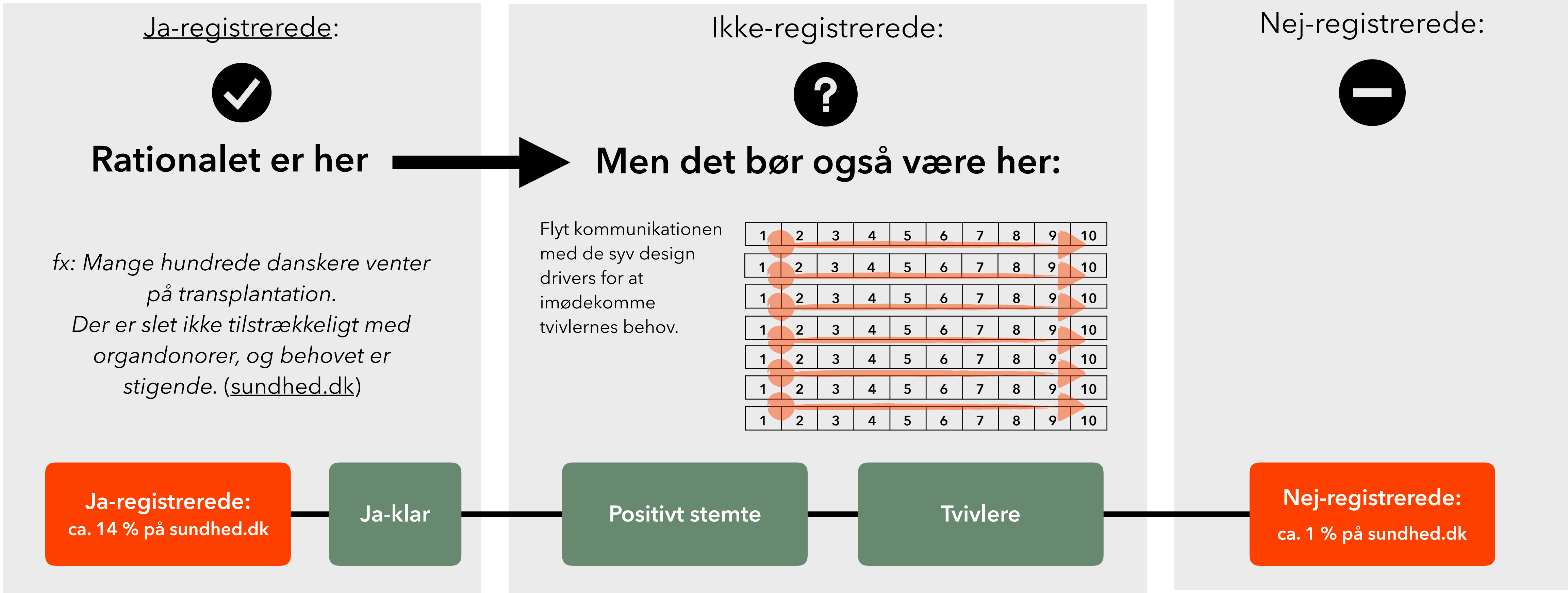
Ca. 14 % af befolkningen er ja-registrerede på sundhed.dk, mens ca. 1 % er nej-registrerede på sundhed.dk. Det skal dog nævnes at tallene for stillingstagning reelt er højere, fordi der her ikke tages højde for stillingstagen med donorkortet og mundtlig stillingstagen.



5.2. Segmentering ift. organdonationsregistrering 2/2

I analysen af touchpoints fandt vi, at meget af den eksisterende information ræsonnerer med den forståelse som de, der allerede har sagt ja, har af organdonation (praktisk og rationelt perspektiv), idet fakta og nytteværdi er i fokus (fx ved at beskrive mangel på organer).

Til gengæld overses den store gruppe af ikke-registrerede, især tvivlere, idet der ikke i særlig høj grad fokuseres på følelser og irrationelle mentale modeller. At rykke op på skalaerne for design drivers på touchpoints, vil kunne hjælpe den store gruppe af relativt oversete ikke-registrerede med at træffe et oplyst valg.



5.3. Sundhedsprofessionelle (læger og sygeplejersker)



Læger og sygeplejersker er fagprofessionelle indenfor den sundhedsprofessionelle logik, som er det naturlige afsæt for dialog med patienter og borgere generelt.

Som interessenter bør de bibeholde denne kommunikationsposition, men de kan med fordel få hjælp til at formidle præcist og meningsfyldt ind i den oplevede dissonans, der knytter sig til **DD-2**. Her vil det være oplagt at eksplicit designe (skrive) forslag til, hvordan man bedst muligt kommunikerer de forskellige dødskriterier. Det er ikke noget, man bør overlade til den enkelte sundhedsprofessionelle i hver eneste dialog med patienter og pårørende selv at opfinde.

Vi har tidligere set dette ift. audiologer, der med meget svingende success forsøger at forklare høretab og forventningsafstemme hvad et høresapparat kan. Bla. ser vi, at der ofte bruges en masse forskellige metaforer og analogier, der dels ikke passer sammen og dels tit forvirrer mere end de gavner. Kritisk formidling bør med andre ord "scriptes" eksplicit.

Vi ved også at man ift. kompleks og abstrakt information med fordel kan gøre brug af grafisk understøttende materiale. Dels giver det et fælles tredje at forholde sig til i dialogen, og dels giver den grafiske logik en ramme at knytte det sagte (og herunder den scriptede dialog) an til. I forhold til den indbyggede mistillid med rødder i forkerte mental modeller (**DD-4**), vil det være relevant at skabe en forståelse hos sundhedsprofessionelle ift. hvad kerneårsagerne til denne mistillid er, for bedre at kunne rumme og acceptere denne adfærd. Accept er vel at mærke ikke det samme som at give ret. De sundhedsprofessionelle skal fortsat faktuelte oplyse, som de gør i dag. Men fremfor at sundhedsprofessionelle skal gå i rette med mistilliden og de irrationelle bekymringer, så vil det være en ressource for sundhedsprofessionelle, at kunne henvise til materiale, hvor sådanne logikker belyses og adresseres i et peer-to-peer kommunikationsformat. Irrationelle logikker lader sig nemlig kun dårligt adressere, hvis man selv er kilden til denne modstand.

5.4. Offentlige hjemmesider 1/2

Intuitiv formidling af det "rigtige" indhold

Den naturlige kommunikationsposition for offentlige hjemmesider som SST.dk, borger.dk og sundhed.dk er som officielle kanaler for faktuel medicinsk information.

For at undgå at personen i mødet med disse sider (potentielt med henblik på at træffe et valg om organdonation) udskyder stillingtagen, er et vigtigt fokus for disse hjemmesider at give nok information til, at personen kan træffe et oplyst valg ud fra færrest mulige kognitive ressourcer.

Det stiller store krav til, at den information, der formidles på disse sider:

- A. Er den rigtige
- B. Formidles så præcist og intuitivt som muligt.

A. Den rigtige information

Offentlige hjemmesider har allerede et stort fokus på at formidle den rette information, men de kunne med fordel fokusere på at aflive flere misforståelser (**DD-7**). Mens der flere steder er fokus på, om man kan være for gammel, er der ikke fokus på, om man kan være organdonor, når man er syg, eller hvis man ryger. At disse informationer ikke er tilgængelige på offentlige hjemmesider, kan også have den konsekvens at stillingtagen udskydes. Offentlige hjemmesider kan derudover med fordel fokusere på organdonation som et identitetsskabende valg (se næste underafsnit).

B. Præcis og intuitiv formidling

Selvom meget af den rette information formidles på de offentlige hjemmesider, er informationen dog stadig kompleks og kræver mange intellektuelle (IQ) ressourcer at tilgå. Der bruges primært tekst og forklarende videofilm med flere ord. Derfor kan man med fordel tilføje infografiker for at understøtte forståelsen (**DD-5**). Især ift. emnet hjernedød og den oplevelsesmæssige dissonans (**DD-2**).

5.4. Offentlige hjemmesider 2/2

Organdonation som identitetsskabende valg

De offentlige hjemmesider har en god faktisk balance ift. italesættelsen af organer som en ressource, der kan hjælpe andre mennesker. Der er derfor ikke behov for nogen nedtoning af dette budskab, som vi anbefaler ift. interesseorganisationer.

Italesættelsen af organdonation som et personligt identitetsskabende valg (**DD-3**) er dog fraværende på den offentlige hjemmesider. Vi mener, at denne dimension ved stillingtagen til organdonation udemærket kan løftes på en faktisk, upartisk og informativ måde, der falder indenfor de offentlige hjemmesiders opdrag og ansvarsområde.

F.eks:

“...For nogle er organdonation et uproblematisk valg enten klart for eller imod. For mange vil valget dog afføde en masse overvejelser fra helt praktiske til mere eksistentielle om liv og død. Nogle vil måske også opleve bekymringer, der kan virke irrationelle.

Sådanne overvejelser er helt naturlige - specielt når valget samtidig forholder sig til medicinske begreber som hjernedød, som vi ikke nødvendigvis har en klar forståelse af.

Det er derfor vigtigt at alle overvejelser og bekymringer tages alvorligt, så du kan træffe dit personlige valg på et rigtigt grundlag”.

5.5. Politikere (og den offentlige debat)



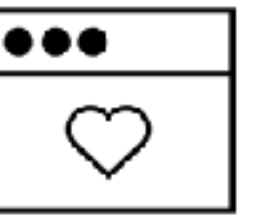
Fra politisk hold kan der være interesse i at løse problemet med mangel på organer. Polariseringen vil givetvis være imellem respekten for individets frie valg og hele vejen til at gøre det obligatorisk at være organdoner. En mellemvej er den såkaldte "opt-out" model, hvor borgere som udgangspunkt er organdonere med mindre de eksplicit fravælger det.

Debatten kan let blive fastlåst mellem to sådanne yderpoler.

Som indspil til politiske aktører ift. organdonation er det et vigtigt budskab at fokusere på GAP-analysen: der er mere vi kan gøre som endnu ikke er afprøvet ift. at få flere til at tage et aktivt valg.

Dvs. det er ikke blot et spørgsmål om enten at lade stå til som i dag (frie valg) eller indføre lovændringer på området. Med adfærdsredskaber (hvilket opt-ud modellen teknisk set også er) byder der sig en række nye muligheder til rent kommunikativt, der kan påvirke og understøtte flere borgeres aktive valg.





5.6. Patientforeninger & interesseorganisationer

Der findes en række patientforeninger, som forholder sig til organdonation:

1) *Hjerteforeningen*, 2) *Hjerteforeningens Hjerte- og Lungetransplantationsklub*, 3) *Lungeforeningen*, 4) *Leverforeningen*, 5) *Nyreforeningen*, 6) *Cystisk Fibrose-Foreningen*, 8) *Foreningen 7Liv*, 9) *Patientforeningen Alfa 1-Danmark*, 10) *Lungeforeningens Netværk Nye Lunger og Organdonation - Ja tak*,

Fælles for foreningerne er, at kommunikationspositionen tager afsæt i de, der mangler organerne. Fx den lunge-syge, der mangler nye lunger. Det gør, at udgangspunktet bliver organer som en mangelvare, og logikken for stillingtagen har fokus på det der sker efter den potentielle donors død (i.e. på modtagelsen af organer). Disse logikker ses som nævnt i den kampagne, som ni patientforeninger gik sammen om at lave, *Giv Livet Videre* (se GAP-analysen). Denne kommunikationstilgang er gavnlig for de allerede registrerede, men understøtter ikke gruppen af ikke-registrede - i mindre grad de positivt stemte og tvivlere slet ikke.

Selvom patientforeningerne og Giv Livet Videre-kampagnen opfordrer til, at man snakker om organdonation med sine nærmeste, kan ovenstående framing gøre emnet vanskeligt at forholde sig til og snakke om. Der mangler således en bedre måde at tale sammen om emnet på.

Ved at give patientforeningerne information om, hvordan de også kan bringe andre perspektiver og logikker i spil, som forholder sig til identitet og det at være rollemodel (i.e. gevinster i eget liv **DD-3**), kan udgangspunktet for formidlingen blive flyttet til stillingstageren fremfor de "organtrængende".

Det kan gøre diskussionen om organdonation mindre abstrakt for stillingstagere, og derfor nemmere at tale om, samt danne fundament for en community-tilgang til organdonation ("Os der har taget stilling").



5.7. Opsamling på interessentanalyse

I interessentanalysen blev der illustreret, at organdonation er en del af et større økosystem med mange forskellige stakeholders.

I interessentanalysen blev der argumenteret for, at design drivers kan bruges til at nå segmentet, der ikke er registreret og især den del af segmentet, der er i tvivl.

Interessentanalysen viste derudover særlige indsatsområder mht. design drivers for:

1. Sundhedsprofessionelle: Oplevelsesmæssig dissonans (DD-2) & mistillid (DD-4)
2. Offentlige hjemmesider: Misforståelser (DD-7), Righoldig formidling (DD-5) & Identitetsmæssig logik (DD-3)
3. Politikere: Alle DD (formidling af, at der stadig er uafprøvede områder ift. at få folk til at tage stilling)
4. Patientforeninger: Identitetsmæssig logik (DD-3)



6. Opsamling & designbooklet



6. Opsamling på rationale for designguidelines

Mens den socio-tekniske STReBa analyse fokuserede på det system med iboende ressourcer og barrierer, der omgiver stillingstageren, fokuserede den individorienterede kerneårsagsanalyse på selve stillingstageren. Vi identificerede fem kerneårsager til, at en relativt lille del af befolkningen (relativt til den generelle positive holdning til organdonation) har taget stilling til organdonation:

1. Forkerte mentale modeller om hjernedød & organdonation
2. Kognitiv overbebyrdelse
3. Teknisk medicinsk diskurs adskilt fra den menneskelige mening og de dynamikker der indgår i et valg om organdonation
4. Mistro til sundhedssystemet
5. Vanskeligheden (og ubehaget) ved at forholde sig til sin egen død

D.psy foreslår, at kerneårsagerne adresseres med 7 design drivers til at drive kommunikationsstrategien:

1. Formidlingsdiskurs tættere på en dagligdagsforståelse
2. Intuitiv italesættelse af oplevelsesmæssig dissonans
3. Stillingtagen som identitetsskabende handlekraft
4. Livtag med mistillid til sundhedssystemet
5. Righoldig formidling med funktionel grafik
6. Forankring af organdonationsvalget
7. Italesættelse af (naturlige) misforståelser i øjenhøjde

GAP-analysen viste, at kommunikation på eksisterende touchpoints generelt ikke rangerede højt ift. ovenstående design drivers, hvilket understreger, at det er væsentlige indsatsområder.

I interessentanalysen blev der argumenteret for, at design drivers kan bruges til at nå segmentet, der ikke er registreret og især den del af segmentet, der er i tvivl. Interessentanalysen viste også særlige indsatsområder mht. design drivers ift. sundhedsprofessionelle, politikere, offentlige hjemmesider og patientforeninger.

I det følgende fokuseres der på at komme med mere konkrete guidelines ift. de fremlagte design drivers.



6.1 Designguidelines: **Formidlingsdiskurs**

1: **Formidlingsdiskurs:**

For at bringe formidlingsdiskursen tættere på en dagligdagsforståelse af organdonation, anbefaler vi følgende kommunikative guidelines:

A. At flere emner som er på spil for den tvivlende stillingstager adresseres på en mere direkte måde:

Ud over emner som forholder sig til fakta og rationelle medicinske forklaringer, bør emner som ræsonnerer med den mere tvivlende gruppes forståelser italesættes og adresseres mere direkte, fx

- Frygt og mistillid for: "prematur organhøst", om hjernedøds kriteriet er sikkert, og om lægerne kæmper nok for personens liv.
- Misforståelser om hvem der kan være organdonorer. Fx om du kan være organdonor, hvis du er syg eller ryger.

Note: Disse pointer hænger også sammen med hhv. punkt 2 og punkt 7.

B. At perspektivet fra den potentielle donor som stillingstager inddrages i formidlingen:

Nuværende information om organdonation formidles fra et medicinsk perspektiv (sundhed.dk, donorfolderen og filmen om hjernedød) og fra et pårørende perspektiv (Giv livet videre-kampagnen).

Hvis perspektivet fra den potentielle donor som stillingstager bruges i formidlingen, skal modtageren ikke bruge lige så mange mentale ressourcer på at omsætte, hvad informationerne betyder for vedkommende selv.

Et eksempel på det er, at få almindelige mennesker (peer-to-peer) til at spejle information om organdonation, fx: *"I often wondered, if diabetics can donate [...] knowing that now, i'll definitely be on there"* (<https://www.youtube.com/watch?v=obP-HBKq2yc#action=share>)

Note: Denne anbefaling hænger også sammen med punkt 7.



6.2. Designguidelines: Oplevelsesmæssig dissonans 1/2

2. Oplevelsesmæssig dissonans:

For at gøre hjernedød og oplevelsesmæssig dissonans mere intuitivt, anbefaler vi følgende kommunikative guidelines:

A. Funktionelle grafikker:

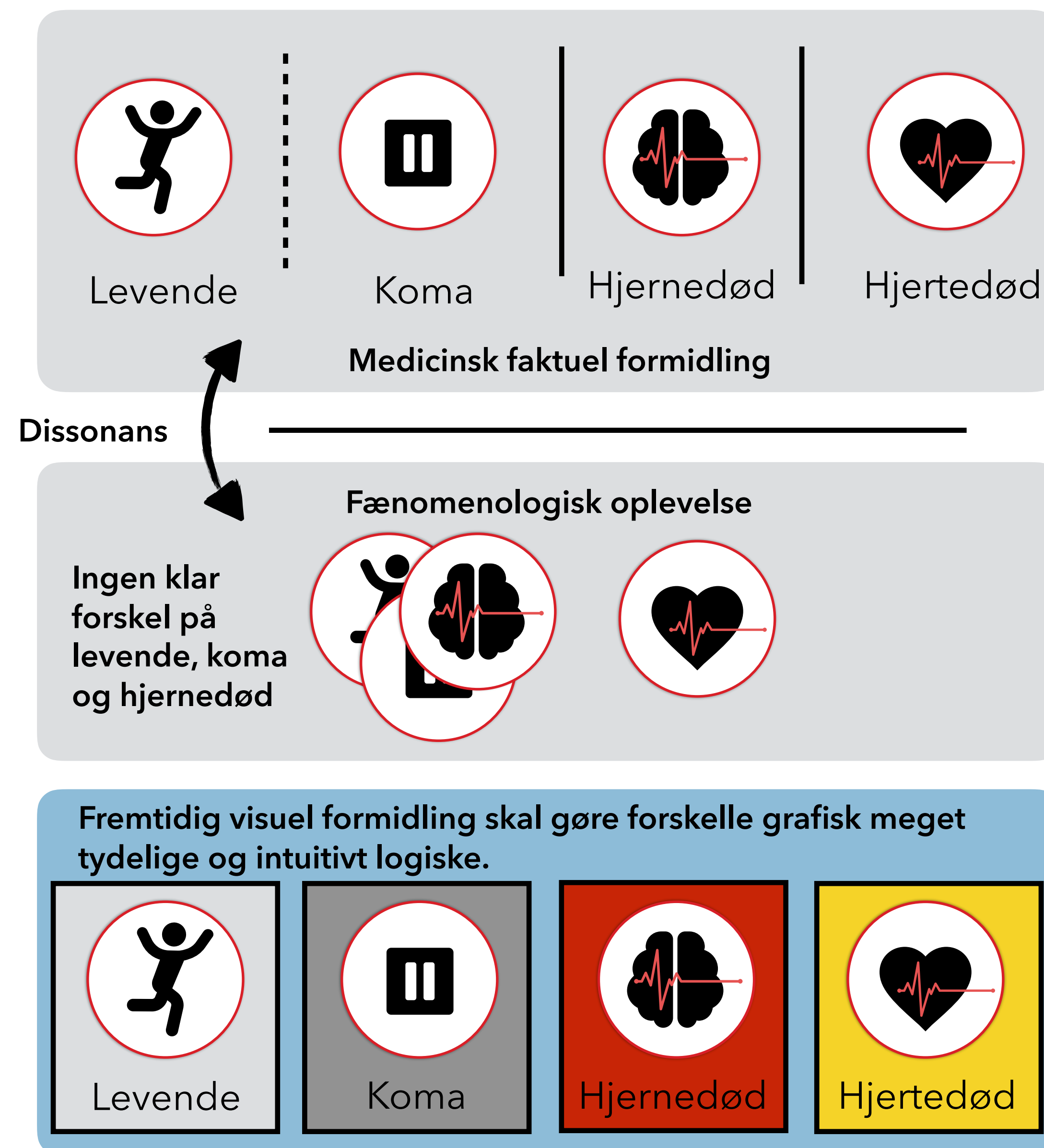
Vi anbefaler, at funktionelle grafikker benyttes til at understøtte forståelsen af oplevelsesmæssig dissonans, og herunder forskellen på at være levende, i koma, være hjernedød og være hjertedød.

Medicinsk faktiskt er det at være levende, i koma, være hjernedød og hjertedød adskilte ting.

Oplevelsesmæssigt kan det imidlertid være svært at skelne mellem: At være levende, i koma og være hjernedød (hjertet slår, kroppen er varm osv.). Det kan vanskeliggøre forståelsen af hjernedød.

Vi anbefaler, at man bruger funktionelle grafikker til visuelt at 1) anerkende den fænomenologiske oplevelse og 2) understøtte den medicinsk-faktuelle opdeling.

Bemærk: Visuelle elementer på denne side ikke er den funktionelle grafik men en konceptuel beskrivelse af, hvad den skal kunne.



6.2. Designguidelines: Oplevelsesmæssig dissonans 2/2

B. At beskrive oplevelsesmæssig dissonans fra et ikke-medicinsk perspektiv:

Kognitiv dissonans beskrives i sundhedsstyrelsens film om hjernedød ud fra et lægefagligt perspektiv.

Beskrivelsen giver et godt informationsgrundlag.

Man kunne imidlertid med fordel supplere med et pårørende-perspektiv for at anerkende de følelser, der er på spil: *“Det var rigtig svært for mig at forstå, at min Ole var død, og at vi skulle tale om organdonation, fordi hans hjerte stadig slog, og når jeg rørte ved ham var hans krop stadig varm.”*

Note: Der er elementer af denne tilgang i videoen fra kampagnen *Giv livet videre*, men det fylder ikke særlig meget, og det er ikke nemt at finde.



6.3. Designguidelines: Identitetsmæssig logik 1/2

3. Identitetsmæssig logik:

For at bringe argumentation tættere på en her og nu identitetsmæssig logik, anbefaler vi følgende kommunikative guidelines:

A. Identitetsunderstøttende handlemuligheder:

Man kan med fordel ligge vægt på identitetsunderstøttende handlemuligheder i beskæftigelsen med organdonation. Ved at tilbyde den potentielle donor identitetskabende handlemuligheder og fokusere på selve handlingen (at tage valget) i framingen af organdonation, kan man gøre det nemmere for personen at indtage en identitet som en der har truffet valget (identitet associeret med adfærd¹).

Et eksempel er den engelske kampagne *I donate* (førstepersonsperspektiv og aktivt sprogbrug), som modsat *Givlivet videre* (bydeform), sætter stillingstageren og handlingen i centrum.

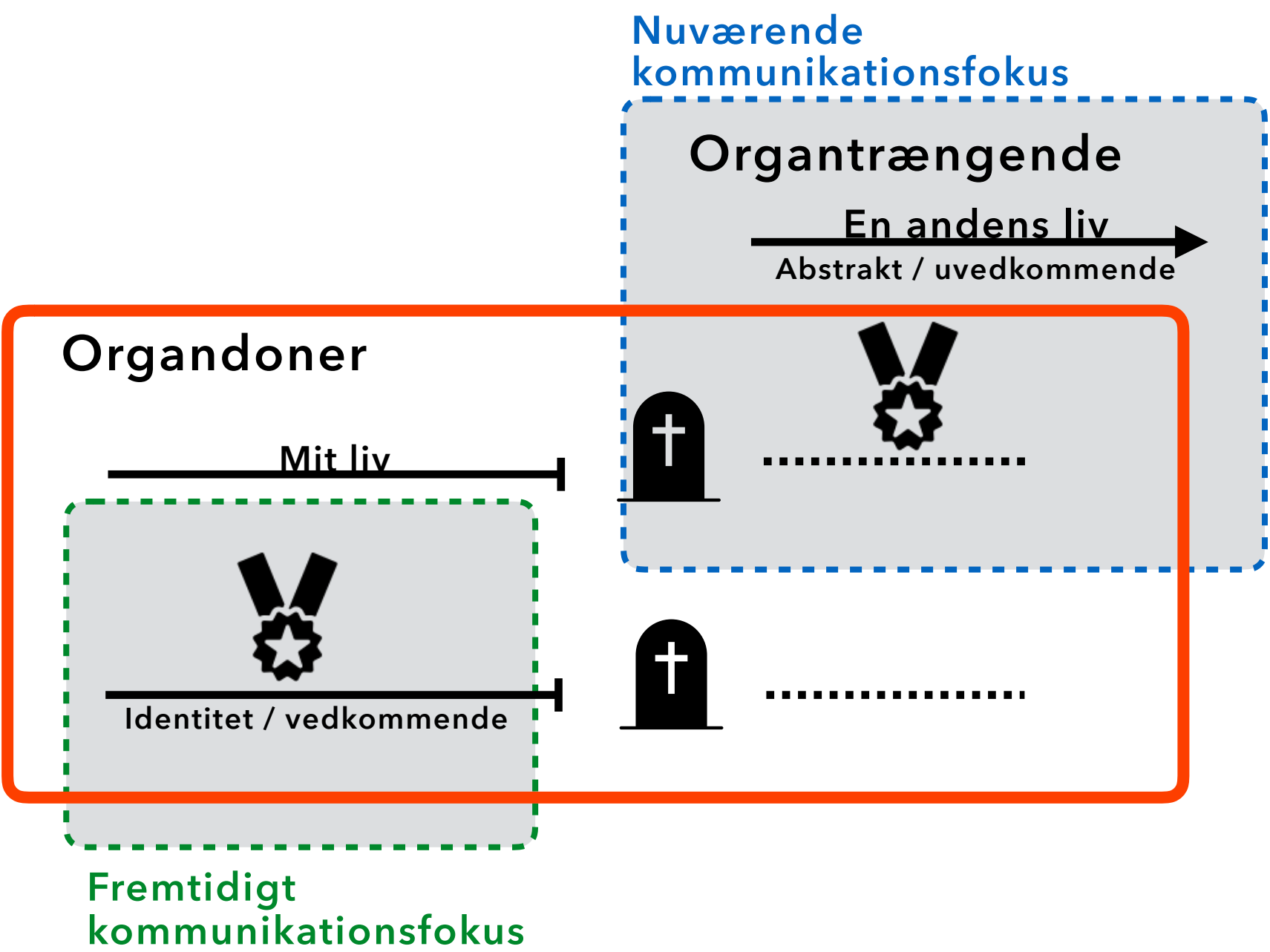
References:

1. Michie, S. et al. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*, 46(1), 81-95. doi: 10.1007/s12160-013-9486-6

B. Stillingstageren som rollemodel¹:

Man kan med fordel muliggøre at stillingstageren kan se sig selv som rollemodel og ambassadør ift. at tage stilling til organdonation. Måder at gøre det på er ved at muliggøre deling på sociale medier (hashtags, billedrammer og delingsfunktion) og ved brug af tokens. Begge dele ud fra et et perspektiv i tråd med punkt 3.A.

Note: Denne guideline hænger sammen med punkt 6



6.3. Designguidelines: Identitetsmæssig logik 2/2

Supplerende adfærdsmæssige virkemidler:

Man kan med fordel bruge gruppetilhør og gruppedynamikker som virkemiddel til at forstærke identitetslogik.

- En måde at gøre det på er at **synliggøre hvor mange i den landsdel, region, by mm. man bor i, der har taget stilling**. Denne funktion findes til dels allerede på <http://organdonor.dk/tal-og-statistik/donorregistret/> på regionsplan. Det samme kan med fordel gøres ift. by eller postnummer og spredes ud gennem sociale medier: *"Se hvor mange i dit postnummer, der har taget stilling til organdonation"*.

- En anden måde at gøre det på er ved at lave **gamificerede opslag** på sociale medier i stil med:

"Kan vi få danske mænd til at blive lige så gode til at tage stilling til organdonation som danske kvinder inden uge 37" (køn som gruppe)

eller

"kan vi få X % flere til at tage stilling til organdonation i uge 35 på Vesterbro" (geografisk forankring).

Begge indeholder en tidslighed og et mål for at gøre udfordringen mindre abstrakt.



6.4. Designguidelines: **Mistillid**

4. Mistillid:

Med henblik på at italesætte og adressere mistillid til sundhedssystemet og sundhedspersonalet mere direkte, anbefaler vi følgende kommunikative guidelines:

A. Den frygt og mistillid der kan være i forbindelse med hjernedødsundersøgelsen anerkendes:

Med en acceptance-based tilgang ift. den mistillid, der kan være ift. sundhedssystemet og sundhedspersonale, kan frygt og mistillid bringes frem i lyset og anerkendes: *"Det kan være at sager i medierne, har gjort dig bekymret i forhold til organdonation, derfor vil vi gerne..."*

B. Mistillid adresseres mere direkte og åbent:

Ved at informere om hvorfor der har været de sager der har været/ hvad er gået galt (full disclosure), og hvad gør man for at sikre sig, at det ikke gentager sig, adresseres mistillid mere direkte (i.e. for at opdatere en mental model, må den først gøres bevidst). Mistillid adresseres allerede til dels med medicinske argumenter om grundighed. Det foreslås, at mistilliden gen-adresseres med funktionelle grafikker.

C. Peer-to-peer tilgang:

Med en peer-to-peer formidling, hvor dele af informationen kommer fra en potentiel donor til en anden (fx gennem korte videoer), kan man i højere grad undgå at aktivere modstand (pga. en allerede etableret mistillid). Derudover bliver budskabet mindre abstrakt for modtageren, hvis det kommer fra en identificerbar kilde (Lone på 32 år frem for sundhedssystemet).



6.5. Designguidelines: **Righoldig information**

5. Righoldig formidling:

Med henblik på at gøre formidlingen mere righoldig, anbefaler vi:

A. At der generelt bruges flere funktionelle grafikker¹.

Dette gælder for alle berørte touchpoints som i store træk stort set ikke benytter sig af funktionelle grafikker.

Det skal også nævnes at funktionelle grafikker kan bruges som understøttende værktøjer til scripts for sundhedspersonale ift. hvordan de skal formidle information om hjernedød.

Referencer:

1. Lynsey, J. M. et al. (2018). Exploring the Role of Infographics for Summarizing Medical Literature. *Health Professions Education*, 3/2018.

6.6. Designguidelines: **Forankring af valg**

6. Forankring af valg:

Med henblik på at gøre valget mere håndgribeligt for stillingstageren, anbefaler vi følgende guidelines:

A. At anvende tokens, som forholder sig til selve valget og stillingstageren

I *givlivetvidere* blev registrerede organdonorer opfordret til at tegne et ar og dele det på sociale medier. Dette token forholder sig imidlertid til modtageren af organet frem for selve den handling det er at tage valget og en identitetsmæssig logik anvendes derfor ikke.

Man kan med fordel introducere et token, som forholder sig til selve valget, da dette vil kunne understøtte en identitetsmæssig logik.

Note: Dette punkt hænger sammen med punkt 2.

B. At anvende tokens, som ligger op til at blive delt på sociale medier

Donorkortet er også en fysisk forankring af et valg. Donorkortet er vigtigt, fordi det i sig selv også er en måde at tage stilling på. Imidlertid er det ikke et token, der ligger op til at blive delt på fx sociale medier.

Man kan med fordel introducere et token som i højere grad ligger op til deling ved at: Opfordre til deling på sociale medier og have et for stillingstageren vedkommende og identificerbart budskab (6.A).

Derudover spiller æstetik også en rolle ift. at lysten til at dele et pågældende token på sociale medier.

6.7. Designguidelines: **Misforståelser 1/2**

7. Misforståelser:

Med henblik på at adressere flere misforståelser, anbefaler vi følgende:

A. Bevidstliggørelse og anerkendelse af misforståelser:

En indgang til at rette op på misforståelser er ved at bevidstliggøre dem på en anerkendende måde, fx: *“Vi ved at organdonation er et komplekst emne, og at der kan være et misforhold mellem oplevelse og det medicinske faktuelle. Derfor kan man have tvivlsspørgsmål, om hvem der kan være organdonorer. Det er helt naturligt. Lad os se på det”*.

B. At peer-to-peer benyttes til at adressere misforståelser:

Som beskrevet i punkt 1.B. er en måde at adressere misforståelser på at bruge almindelige mennesker som formidlere (peer-to-peer).

Denne tilgang anbefales til at adressere følgende spørgsmål:

- Kan man være for gammel til at være organdonor?
- Er der nogen sygdomme som gør, at man ikke kan være organdonor?
- Kan man være organdonor, når man ryger?



6.8. Designguidelines: Misforståelser 2/2

C. Cueing til at dele:

Korte videoer med informationer med spejling af information, som beskrevet i punkt 1.B, kan fx afsluttes med *"...nu hvor jeg ved det, vil jeg gå hjem og fortælle min mand, at man ikke kan være for gammel til at være organdonor"*. (se for eksempel følgende video fra UK: <https://www.youtube.com/watch?v=S7nDxAssyp0#action=share> *"I have a group of friends, we're all in our 70s, 80s, and we've always spoken about it, but at least now I can go and tell them that they (read: the organs) won't be wasted"*)

Videoerne kan også tage udgangspunkt i selve delingssituationen *"Jørgen, vidste du, at man ikke kan være for gammel til at være organdonor?"*.

På denne måde kan man cue til at opdateret viden om udbredte misforståelser udbredes (folkebevægelse).

At initiere en samtale om organdonation kan samtidig være med til at afmystificere emnet og få diskuteret andre bekymringer, hvilket kan hjælpe personen i stillingstagningsprocessen.

Supplerende adfærdsmæssige virkemidler:

Man kan med fordel bruge gamification som virkemiddel til at adressere misforståelser:

- En måde at gøre det på er ved at lave en **organdonationsquiz** (score-driven), hvor misforståelser ift. organdonation og rygning, alder og sygdomme kan være items.
- En anden måde er, at lave en **type-baseret test** ("Hvilken type stillingstager er du?") indeholdende items, der forholder sig til holdninger, tvivlsspørgsmål m.m.. Resultatet er en type (fx logikeren, den eftertænksomme osv.). Type-resultatet kan suppleres med retninger/anbefalinger, som kan sigte på at rette op på misforståelser. Fx at læse en bestemt artikel eller tale med sine nærmeste om emnet.





Appendix

- Adfærds- og kommunikationsanalyse: baggrund



A: Basisantagelser

Basisantagelser baseret på d.psy præ-analyser samt eksisterende viden og forskning indenfor organdonation.

Potentiel organdonor



Har ukorrekte/irrationelle mentale modeller vedr. organdonation

Mangler viden om organdonation og tiltro til sundhedssystemet

Mødes af en formidlingsstrategi der ikke har den menneskelige mening som fokusområde

Har flere forskellige bevæggrunde for at tage/ikke tage stilling til organdonation

Pårørende til potentiel organdonor



Har ukorrekte/irrationelle mentale modeller vedr. organdonation

Mangler kendskab og tillid til hjernedøds kriteriet

Vil i tragiske situationer og under tidspres være mere tilbøjelige til at sige nej til organdonation

Har flere forskellige bevæggrunde for at tage/ikke tage stilling til organdonation

References:

1. Morgan, S. E., Harrison, T. R., Afifi, W. A., Long, S. D., & Stephenson, M. T. (2008). In their own words: the reasons why people will (not) sign an organ donor card. *Health communication*, 23(1), 23-33.
2. Jensen, A. M. B. (2009). Mistede liv og nye chancer: Kropsdelenes komplekse sociale betydninger i. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 6(11).
4. Simpkin, A. L., Robertson, L. C., Barber, V. S., & Young, J. D. (2009). Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. *Bmj*, 338, b991.
5. Kowalski, R. M., & Payne, H. S. (2006). The decision to donate: a model of decision making among individuals and families. *Progress in Transplantation*, 16(1), 87-91.

A: STReBa™ analyse



Nøglepersoner

Ressourcer

- ⊕ Den nære familie og venner har taget stilling til organdonation.
- ⊕ Den nære familie og venner har tro og tillid til sundhedssystemet.
- ⊕ Den nære familie og venner har viden og kendskab om organdonation.
- ⊕ Personlig overbevisning (organdonation som et vigtigt emne som skal diskuteres).
- ⊕ Den nære familie og venner har haft en personlig erfaring med organdonation.
- ⊕ Mulighed for at have en åben debat med den nære familie og venner om organdonation/hjernedøden.
- ⊕ Læger/sygeplejsker er klar til og ved hvordan de skal snakke om organdonation med deres patienter hvis de spørger om den.
- ⊕ Religion/livstil som praktiserer altruisme i forhold til organdonation.

Barrierer

- ⊖ Manglende viden om organdonation blandt den nære familie og venner.
- ⊖ Manglende kendskab/ukorrekte mentale modeller om hjernedøden blandt den nære familie og venner.
- ⊖ Manglende initiativ til at have debat/diskussion om organdonation blandt den nære familie og venner.
- ⊖ Mistro til sundhedssystemet som er delt med den nære familie og venner.
- ⊖ Den nære familie, ægtefælle og venner har ikke selv taget stilling til organdonation.
- ⊖ Individs bekymringer over familiens/venners holdninger om organdonation som forhindrer debatten med den nære familie og venner.
- ⊖ Manglende vilje (kendskab til hvordan/tid/ressourcer) mellem lægerne/sygeplejsker til at diskutere organdonation med deres patienter (selvom organdonationsfolderen kan findes i deres venterum).
- ⊖ Religion/livstil som kan forhindre debatten med den nære familie og venner.
- ⊖ Kendskab til familiens holding til kropsmodifikation (i forhold til traditionen af åbne kiste).

A: STReBa™ analyse



Gruppedynamikker

Ressourcer

- ⊕ Oplysningsinformation (fx. forskellen mellem hjernedød og koma) kan nemt deles ved hjælp af sociale media eller på online brugerforums.
- ⊕ Deling af positive historier som beskriver hvorfor det er vigtigt at tage stilling til organdonation (fx. positive historier om organdonation fra patientorganisationer).
- ⊕ Deling af personlige positive historier med organdonation.
- ⊕ Mulighed for individet at diskutere organdonation, hvis det ikke er muligt med den nære familie og venner.
- ⊕ Dem som har taget stilling kan ses som rollemodeller / influencer.

Barrierer

- ⊖ Manglende viden og kendskab om organdonation blandt grupper. Det kan understøtte de ukorrekte mentale modeller om forskellen mellem hjernedød og koma.
- ⊖ Stærke holdninger mellem dem som sagde 'ja' og dem som sagde 'nej' til organdonation (fx. dem som ikke er villige at donere organer, ikke skal reddes/ ikke har ret til at få nye organer).
- ⊖ Deling af negative historier som beskriver hvordan et menneske vågner efter han/hun var erklæret død.
- ⊖ Deling af negative historier som understøtter mistro til sundhedssystemet.
- ⊖ Deling af personlige negative historie med organdonation (fx. den måde sundhedspersonalet snakkede om og håndterede organdonation).



A: STReBa™ analyse

Organisatorisk miljø

Ressourcer

- ⊕ Folkelig oplysning (sst.dk, patientorganisationer, interesseorganisationer).
- ⊕ Positive historier om organdonation fra patientorganisationer.
- ⊕ Bred politisk enighed om organdonation.

Barrierer

- ⊖ Aktiv tilmelding til organdonation (intet formodet samtykke).
- ⊖ Ensidig formidling/kommunikation om organdonation.
- ⊖ Dårlige ratings af SST online.
- ⊖ Mistro til hjernedøds Kriteriet som pålidelig kilde ift. organdonation.

A: STReBa™ analyse



Samfund & Kultur

Ressourcer

- ⊕ Generel positiv holdning om organdonation i Danmark (danskerne er generelt meget positive over organdonation).
- ⊕ Et stort antal af offentlige kampagner med positiv framing om organdonation
- ⊕ Høj sekularisering (ikke mange religiøse hensyn til organdonation blandt danskerne)
- ⊕ General positiv og bred politisk enighed om organdonation.
- ⊕ General positiv diskurs vedr. organdonation.

Barrierer

- ⊖ Ukorrekte mentale modeller om forskellen mellem hjernedød og koma støttes af historierne fra medier og pop-kulturen (fx. Greys hvide verden og andre medicinske tv-serier)
- ⊖ I den offentlige diskurs er organdonation omtalt fra en meget medicinsk og teknisk synspunkt (organer er set som ressourcer som sundhedssystemet har stor brug for).
- ⊖ Sprogbrug (i medierne eller pop-kulturen) kan (under)støtte irrationale bekymringer (fx. organhøst mens patienterne stadigvæk er i live)
- ⊖ Organdonation omtalt som folkesag (fx. individ har en pligt til at donere organer)

A: STReBa™ analyse

Processer & procedurer

Ressourcer

- ⊕ De fleste danskere bliver kremeret (ingen problematik ift "åben kiste" begravelse).

Barrierer

- ⊖ Tid (begrænset antal dage til at beslutte sig for ja eller nej til organdonation).

A: STReBa™ analyse

Fysisk Miljø

Ressourcer

- ⊕ Flere fysiske touchpoints (læge, borgerservice, hospitaler).
- ⊕ Fleksibel adgang til sign-up (hjemme/ude, analogt og digitalt).

Barrierer

- ⊖ Donorkort modtages i en situation hvor folks ressourcer er belastede (sammen med sygesikringskortet i forbindelse med flytning).



A: STReBa™ analyse

Teknologi

Ressourcer

- ⊕ Flere tilmeldningsmuligheder til organdonation.
- ⊕ Bredt kendskab til den "røde folder".
- ⊕ Hurtigt og simpel sign-up online.
- ⊕ Sikker log-in med NEM-ID
- ⊕ Nem søgbarhed på søgeportaler

Barrierer

- ⊖ Manglende teknisk kunnen hos dele af befolkningen.
- ⊖ Tvivl ved tilmelding (Ingen positiv bekræftelse via online tilmelding til organdonation).
- ⊖ Overvejende medicinsk diskurs.
- ⊖ Tvivlsom behandling af fortrolig data ved postafsendelse af donorkort.
- ⊖ Teknisk sprogbrug i beslutnings/sign-up process.
- ⊖ Teksttungt og uden visualiseringer.



designpsychology