



Klimaforandringernes sammenhæng med sundhed

Muligheder og barrierer for en integration
på det lægefaglige område

Klimaforandringernes sammenhæng med sundhed

Muligheder og barrierer for en integration på det lægefaglige område

Roskilde Universitet

Sundhedsfremme og sundhedsstrategier

Forfatter: Josefine Holm Skov (72535)

J. Skov

*En stor tak til Dorthe Elle Ilsøe for kyndig vejledning og dedikation til
specialeafhandlingen*

Antal bilag: 9

Antal anslag inkl. mellemrum: 182.031

Abstract

Problem area: Research on the relationship between climate change and health has been evident for decades, with international organizations like the WHO recognizing the connection since the 1990s. The role of doctors in addressing climate change and its health consequences is crucial, as they possess scientific knowledge and can advocate for climate-related health issues. Integrating climate-related education into medical curricula is vital to equip future healthcare professionals with the necessary tools to protect human health and well-being. Research on the link between climate change and health has gained recognition but integrating this knowledge into the medical field faces challenges.

Purpose: While research on this subject is predominantly conducted within the natural sciences, this thesis aims to introduce the social sciences into the field. This study aims to explore the barriers and opportunities for greater integration of the climate change and health relationship in the medical profession. Additionally, it investigates how medical students perceive this subject in their studies and as future doctors.

Philosophy of knowledge: This thesis takes a social constructivist approach, acknowledging that our perception of reality is constructed through perspectives, values, and social and historical contexts. It considers climate change as an objectively supported truth, based on evidence-based science, while recognizing its social existence as a subjectively constructed truth.

Methods: The research design contains both qualitative and quantitative methods. The empirical data consists of four semi-structured interviews with doctors and one medical student involved in integrating climate within the medical field, and a survey targeting medical students as respondents.

Theoretical frame: The theoretical framework of this thesis comprises Anthony Giddens' theory of "the politics of climate change," Ulrich Beck's theory of "the risk society," and Katrin Hjort's theory of "professional identities." These theories are employed to contextualize and provide a deeper understanding of the empirical data.

Main findings: The study indicates that Danish doctors recognize the importance of incorporating climate change knowledge into their professional practice. However, systemic and cultural factors within the healthcare system influence the integration process. The invisibility of climate change and the lack of research in a Danish context present barriers to integration. Also reforming doctors' core competencies and interdisciplinary collaboration are necessary to address the complex nature of climate change. The Danish medical education exhibits limited integration of climate change in the curricula and the medical students prefer to prioritize areas related to diagnosis and treatment but emphasize the need for a top-down approach to facilitate integration efforts.

Indholdsfortegnelse

<i>Abstract</i>	3
<i>Indledning</i>	6
<i>Læsevejledning</i>	8
Kapitel 1	10
<i>Problemfelt</i>	10
1.1. Sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed på agendaen.....	10
1.2. Problemformulering.....	14
1.3. Afgrænsning.....	14
Kapitel 2	15
<i>Sundhedsforståelser</i>	15
2.1. Videnskabelige paradigmer.....	15
2.2. Et etisk opgør.....	16
Kapitel 3	18
<i>Klimaforandringerne i dansk kontekst</i>	18
3.1. Danske aktører.....	18
3.2. Sundhedssektorens relevans.....	18
3.3. Mediedækning.....	19
Kapitel 4	20
<i>Videnskabelig baggrund</i>	20
4.1. Litterær afdækning.....	20
4.2. Den historiske gennemgang og aktuelle situation.....	22
4.3. Ulighed i sundhed i klimakontekst.....	24
4.4. Paradigmeskifte.....	24
Kapitel 5	25
<i>Videnskabsteoretiske overvejelser</i>	25
5.1. Mit videnskabsteoretiske ståsted som sundhedsprofessionel.....	25
5.2. Den socialkonstruktivistiske positionering.....	25
Kapitel 6	28
<i>Metodisk design</i>	28
6.1. Mixed methods design.....	28
6.2. Forskningsdesign.....	28
6.3. Den kvalitative del: interviews.....	29
6.4. Den kvantitative del: Survey.....	31
Kapitel 7	33
<i>Teoretiske rammer</i>	33
7.1. Politics of Climate Change af Anthony Giddens.....	33
7.2. Risikosamfundet.....	35
7.3. De professionelle, professioner og professionsuddannelser.....	36
7.4. Teorierne i samspil.....	38

Kapitel 8	40
<i>Analysedel 1: Tematisk indholdsanalyse.....</i>	<i>40</i>
8.1. Analysestrategi.....	40
8.2. System og kultur.....	41
8.3. Usynlige risici.....	45
8.4. Viden og samarbejde.....	49
<i>Analysedel 2: Statistisk analyse.....</i>	<i>58</i>
8.5. Deskriptiv analyse	59
8.6. Respondenternes tematiske tendenser.....	66
Kapitel 9	70
<i>Diskussionspunkter.....</i>	<i>70</i>
9.1. Hvad kan vi lære af Covid-19?	70
9.2. Klima som speciale, interessefelt eller integreret generel viden?	71
Kapitel 10.....	73
<i>Afrunding.....</i>	<i>73</i>
10.1. Konklusion.....	73
10.2. Perspektivering.....	75

Indledning

Det er ingen nyhed, at vi lever i en tid med fokus på klimaforandringer. Allerede i 1970'erne begyndte klimaforskere at understrege forandringernes effekter på sundheden og skabe modeller, med det formål at forudsige de globale konsekvenser (Hausfather et al., 2020). I forbindelse hermed ses spirende initiativer og aktivistisk engagement til emnet. Heriblandt den svenske klimaaktivist Greta Thunberg som siden 2018 har sat sit præg på den politiske dagsorden med sin faste strejke *Fridays for Future* (Hattenstone, 2022) og uafhængige organisationer som Greenpeace, der hyppigt kommenterer på politiske tiltag og handlinger. Men selvom flere forskere, organisationer og aktivister verden over advarer om den tydelige sammenhæng mellem klimaforandringerne og sundhed, mangler der et klart politisk engagement og ansvar.

Det er afgørende for vores sundhed, at klimaforandringerne sættes på den politiske dagsorden, hvilket har været evident i over tre årtier (Hausfather et al., 2020). Men de seneste år er klimakrisens konsekvenser blevet mere synlige og forbindes i højere grad end nogensinde med øget sygelighed og dødelighed. Af samme årsag kan man undre sig over, hvorfor et så vitalt emne ikke har haft større gennemslagskraft på sundhedsområdet, og hvorfor man først nu ser reaktioner og afbødningsstrategier. Diskussionen om klimaforandringerne er intrikat, og argumenterne for og imod handling hviler blandt andet på politiske motiver, samfundsstrukturer, og hvordan naturvidenskabelig evidens opleves og eksisterer som et socialt fænomen. Dette rejser spørgsmål om karakteren af klimaforandringerne, de ansvarlige parter for at håndtere dem, og vigtigst af alt, de strategier, der er nødvendige for at konfrontere de komplekse sundhedsudfordringer, som klimaforandringerne udgør. Klimaforandringerne rejser spørgsmål om, hvad vi som samfund bør gøre, og hvordan det skal gøres, og dette er nu ved at indfinde sig på det lægefaglige område.

Personlig baggrund

Selv er jeg bacheloruddannet sygeplejerske ved Københavns Professionshøjskole og er på nuværende tidspunkt kandidatstuderende ved Roskilde Universitet på uddannelsen Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier & Psykologi. Ingen af mine uddannelsesforløb har direkte sammenkoblet klima og sundhed. Klimaforandringernes påvirkning på vores sundhed lader ikke til at være noget, jeg skal tage stilling til i mit virke som fremtidig sundhedsfremmende fagperson. Både min bachelor og kandidat har tilbudt valgfag inden for emnet *bæredygtig sundhed*, men med et primært fokus på landbrug og hungersnød. Valgfagene har hver især bestået af 5 ECTS-point og dermed fyldt relativt lidt i de samlede uddannelsesforløb. Ligeledes oplever jeg, at klimaundervisning er et interessedspørgsmål, hvorfor det tilbydes som valgfag og ikke indgår som en obligatorisk og integreret del af undervisningen.

Specialets bidrag

Spørgsmålet om klimaforandringernes sammenhæng med sundhed er kontroversielt og indeholder mange facetter. Der har i mange år foreligget evidens om klimaforandringernes effekt på den globale sundhed, dog har naturvidenskaben domineret denne evidens, og klimaforskere har fokuseret på de fysiske og kemiske processer, der driver klimaforandringerne (Lemery et al., 2015). Dette rejser det naturlige spørgsmål om, hvorfor klimaforandringerne er reduceret til naturvidenskabelige problemstillinger. Og hvor er Danmarks rolle i problemstillingen? For mig står det helt klart: Klimaforandringerne er et altomfattende fænomen, og skal derfor tilgås i overensstemmelse hermed. Derfor håber jeg, at min specialeafhandling kan inspirere til engagement og nye perspektiver på sundhed med større fokus på klimaet, og derved starte en debat. Jeg håber, at specialeafhandlingen kan være med til at sætte samfundsvidenskaben i spil i problemstillingen om klimaforandringernes sammenhæng med sundhed inden for det lægefaglige område. Klimaforandringernes kompleksitet må forstås ud fra sociale og interaktionelle aspekter, og samfundsvidenskaben kan bidrage med teoretiske perspektiver om fænomenets sociale væren, og derigennem hvilke barrierer og muligheder der ligger for en integration blandt lægefaglige.

Læsevejledning

Nærværende projekt er en specialeafhandling med fokus på sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed inden for det lægefaglige område. Afhandlingen består af 10 kapitler (figur 1).

Kapitel 1: Introduktion af problembaggrunden og problemformuleringen med fokus på klimaforandringernes relevans for sundheden og det lægefaglige område.

Kapitel 2: Gennemgang af dominerende sundhedsforståelser inden for sundhedssektoren og det lægefaglige område i relation til klimaforandringerne.

Kapitel 3: Omhandler den danske sammenhæng mellem klimaforandringerne og sundhed. Afsnittet har til formål at præsentere væsentlige danske aktører, argumentere for sundhedssektorens relevans og give indblik i den danske mediedækning af problemstillingen.

Kapitel 4: Afdækker litterære bidrag fra den udenlandske vidensscene og har til formål at etablere et solidt fundament og forståelse for specialets problemstilling. Derudover en gennemgang af den historiske og aktuelle kontekst samt en argumentation for det forestående paradigmeskifte.

Kapitel 5: Præsenterer specialets videnskabsteoretiske positionering - socialkonstruktivisme. I kapitlet redegør jeg for socialkonstruktivismen, og hvordan jeg anvender den.

Kapitel 6: Redegør for mit metodiske design - mixed methods. Den kvalitative del er det bærende element, men suppleres af en kvantitativ survey og begge dele uddybes i dette kapitel.

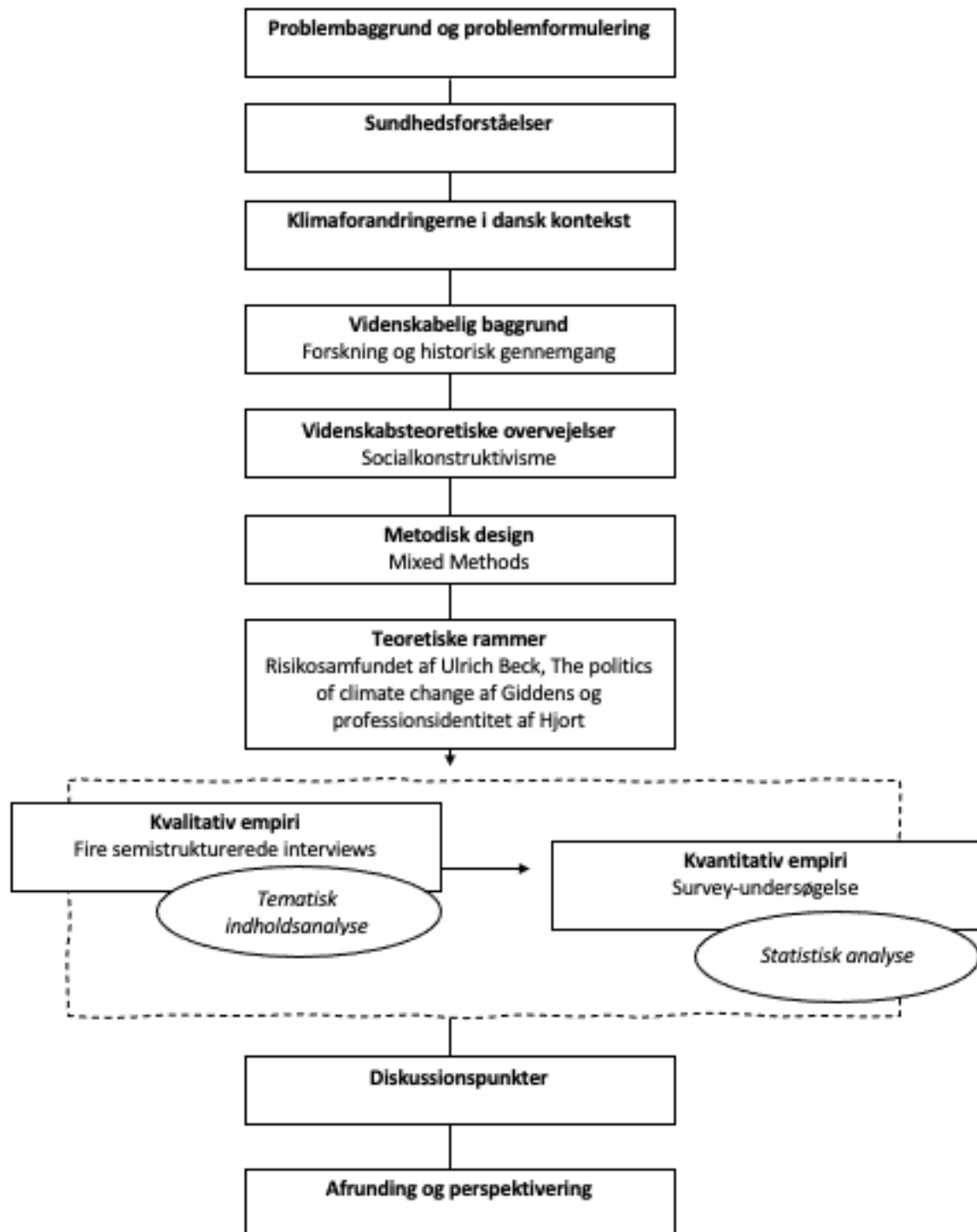
Kapitel 7: Præsenterer min teoretiske ramme - The politics of climate change, Risikosamfundet og Professionsidentitet. Der redegøres for de udvalgte dele af hver teori og de begreber som senere anvendes i analysedel 1.

Kapitel 8: Består af analysedel 1 og analysedel 2. Her analyserer jeg mine empiriske data med udgangspunkt i de valgte teorier. Første analysedel er en tematisk analyse af fire semistrukturerede interviews. Hvert tema afrundes med en delkonklusion. Analysedel 1 suppleres med analysedel 2: en statistisk analyse af en survey-undersøgelse.

Kapitel 9: Indeholder to diskussionspunkter fra resultaterne i analysedel 1 og analysedel 2.

Kapitel 10: Konkluderer på problemformuleringen og indeholder en filosofisk perspektivering på baggrund af analysens resultater.

Projektets design og opbygning



Figur 1. Projektdesign.

Kapitel 1

Problemfelt

1.1. Sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed på agendaen

Klimaforandringerne er blevet et af de mest presserende emner i vores tid. Den stigende erkendelse af, at menneskelig aktivitet har en afgørende indvirkning på klimaet, har ført til, at klimaforandringernes sammenhæng med sundhed er kommet på dagsordenen som aldrig før. I de seneste år har betydningsfulde aktører peget på klimakrisen som en sundhedskrise, og der er blevet taget markante skridt for at adressere emnet.

World Health Organization

Forskning i klimaforandringernes sammenhæng med sundhed har været evident i flere årtier, men først i 1990'erne blev sammenhængen anerkendt af internationale organisationer som Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og United Nations Framework Convention on Climate Change (Who.int, 1990). I 1992 udgav WHO en rapport med titlen "Global Climate Change and Health", som pegede på klimaforandringernes katastrofale følger på sundheden. Siden da er der blevet udført omfattende forskning og rapportering på området. I 2021 satte det verdenskendte FN-organ igen klimaforandringerne på agendaen. Sundhedsorganisationen beskrev, klimaforandringerne som den største sundhedstrussel menneskeheden kommer til at stå overfor i nyere tid (WHO, 2021). Det beskrives yderligere, hvordan klimaets forandringer truer de væsentligste faktorer til et godt og sundt liv, ved blandt andet at påvirke ren luft, sikkert drikkevand, næringsrig fødevareforsyning og sikkert husly. Som følge af klimaforandringernes sundhedskonsekvenser vil der mellem 2030 og 2050 ske 250.000 yderligere dødsfald om året grundet underernæring, malaria, diarré og varmestress. I 2030 vil også sundhedsomkostninger øges gevaldigt og ramme cirka 2-4 milliarder USD per år. Klimakrisen anses som en sundhedskrise, der ikke blot truer præmisserne for vores fremtidige sundhed, men de sidste 50 års fremgang indenfor den globale sundhedsudvikling (ibid.).

Intergovernmental Panel on Climate Change

I 1988 oprettede FN's miljøprogram klimapanelet *Intergovernmental Panel on Climate Change* (IPCC) med det formål at give regeringer og beslutningstagere i hele verden en objektiv og troværdig kilde til information om klimaforandringerne baseret på den bedst tilgængelige videnskabelige viden. IPCC udgiver regelmæssigt vurderingsrapporter, som sammenfatter den nyeste forskning om klimaforandringerne og deres konsekvenser. Rapporterne er baseret på bidrag fra tusindvis af

forskere. Af samme årsag anvendes IPCC's rapporter ofte som grundlag for internationale forhandlinger og politikudvikling på området (IPCC.ch, n.d.). I 1987 udgav FN-kommissionen rapporten *Vores fælles fremtid – Brundtland-kommissionens rapport om miljø og udvikling*. I daglig tale kaldes denne for Brundtland-rapporten og heri defineres *bæredygtig udvikling* som "... udvikling, som opfylder de nuværende behov, uden at bringe fremtidige generationers muligheder for at opfylde deres behov i fare" (Brundtland, 1987). Rapporten beskriver sammenhængen mellem sundhed og klimaforandringerne, og fremhæver behovet for, at emnerne får indflydelse på hinanden og integreres i en fremadrettet udvikling (ibid.). Da klimakrisen betragtes som en sundhedskrise, kan man overveje, om klima bør inkluderes som en integreret del af den generelle sundhedsforståelse blandt sundhedsfaglige.

European Academies' Science Advisory Council

Den europæiske sammenslutning European Academies' Science Advisory Council (EASAC), som har til formål at frembringe evidensbaseret viden og rådgivning til Europas mest presserende udfordringer, sætter også klima på agendaen. Fokus lægges på Europa, som også rammes af klimaforandringerne (EASAC, 2019). Trods Europa rammes i mindre grad end mange andre steder i verden, mener EASAC, at EU har et ansvar for at løse klimarelaterede problematikker uden for eget område (ibid.). Hertil beskrives det, hvordan klimaforandringernes sundhedskonsekvenser har været mere eller mindre negligeret i EU's politikker. Sundheden står som topprioritet hos EASAC og er det primære undersøgelsesgrundlag og den største motivationsfaktor til ændring. Det fremgår af EASAC's seneste rapport, hvordan Europa de seneste årtier har været ramt af temperaturstigninger, hvilket har medført tørke. EASAC peger på en analyse af European Environment Agency (EEA), der viser en sammenhæng mellem de mange titusinder for tidlige dødsfald i Europa og temperaturstigningerne (EASAC, 2019). Analysen fra EEA viser også, at oversvømmelser i Europa har forårsaget flere kardiovaskulære hændelser, skader, infektioner, vektorbårne sygdomme og større eksponering af farlige kemikalier (ibid.). EASAC mener dermed, at klimaforandringerne truer den europæiske sundhed og fremhæver behovet for et tæt samarbejde mellem videnskabelige institutioner og politiske beslutningstagere. EASAC's (2019) anbefaling er et fortsat engagement til at udfylde videnshuller på området og forbedre den generelle viden om samspillet mellem sundhed og klima. Hertil fremhæves lægens ansvar som lederne i sundhedssektoren, hvorfor de må gå forrest i kampen mod klimaforandringerne og initiere samarbejde med andre sektorer for at accelerere klimaindsatsen. EASAC beskriver det således:

"Leadership by the health care sector can help to overcome barriers to transformative change by demonstrating the health benefits of decarbonization across a range of sectors - including energy, food, transport and housing." (EASAC, 2021).

Klimaforandringerne på den danske politiske agenda

I det danske folketingsvalg i 2019 blev klimaforandringer sat på dagsordenen som aldrig set før, og i 2022 blev emnet for alvor italesat af alle partier, der fokuserede på den grønne omstilling og udviste en mindre grad af skepsis angående klimavidenskaben (Jazrawi, 2022). Trods større fokus og omtale, peger Klimarådet, det uafhængige ekspertorgan, på regeringens manglende klimaindsats og et generelt lavt ambitionsniveau ift. globale klimaaftalers målopfyldelse (Klimarådet.dk, n.d.). I den seneste statusrapport fra Klimarådet vurderes og kritiseres den danske regering for at satse på teknologi, der endnu ikke er i drift (Møllgaard et al., 2023). På trods af dette rejser den øgede opmærksomhed på klimaforandringer spørgsmålet om, hvorvidt der er ved at ske et paradigmeskifte i vores forståelse og anerkendelse af de sammenhænge klima indgår i.

Lægens afgørende rolle

Guidotti et al. bragte allerede i 1998 lægens rolle på banen, som et bud på, hvordan klimaforandringerne kan sammenkobles med sundhed. Forfatterne argumenterer for, at lægerne er afgørende for at tackle klimaproblemer, da de er videnskabeligt uddannede og har stort kendskab til menneskers sundhed og velbefindende. Artiklen beskriver også, hvordan læger kan bruge deres ekspertise til at advokere for klimamæssige spørgsmål og påvirke politikere og beslutningstagere til at tage ansvar (Guidotti et al., 1998). Mere og mere forskning peger på læger som en del af løsningen på klimaforandringerne. Ifølge Sorondo et al. (2020) spiller læger en kritisk rolle i at sikre en bæredygtig fremtid ved at uddanne og engagere, samt fungere som fortalere for afbødningsstrategier og oplyse offentligheden om de alvorlige sundhedsrisici ved klimaforandringer. Samtidig sætter Sorondo et al. (2020) fokus på nødvendigheden i at reformere vidensparadigmerne og samtænke vidensfelterne *klima og sundhed* fremadrettet. Vogel (2019) fremhæver lægens historie med og unikke position til at skabe adfædsændring blandt borgere. Men ifølge Vogel (2019) er mange læger på nuværende tidspunkt ikke klar over, hvor stor en sundhedstrussel klimaforandringerne udgør. Dette kan blandt andet forklares ved, at den enkelte læge ikke ser sin faglige relevans i emnet, eller at lægens viden om klimaforandringerne hviler på misinformation fra medierne (Vogel, 2019). Dette kan og bør imødekommes gennem en integration af klimaforandringerne på medicinuddannelser verden over (ibid.). Shaman og Knowlton (2018) sætter også fokus på lægens rolle i den presserende problemstilling, samt hvordan man kan skærpe indsatsen mod sundhedsudfordringerne i et klima i forandring. Ifølge Shaman og Knowlton (2018) må den videnskabelige evidens bag sammenhængen tydeliggøres i mange facetter i samfundet. Ved at fremme og accelerere inklusionen af klima i læseplanerne kan vi øge bevidstheden i samfundet og lægge grundlaget for ny forskning og

afbødningsstrategier. Dette kan bidrage til at opbygge den næste generation af globale eksperter, der er nødvendige for at skabe en sundere og mere sikker fremtid (Shaman og Knowlton, 2018).

Med et generelt voksende fokus på klimaets effekt på den globale og nationale sundhed, undrer jeg mig over, hvorfor problemstillingen ikke har fået større fodfæste på lægeområdet. Både nuværende og kommende læger har et medansvar for at vejlede den danske befolkning mod et sundt og godt liv. Derfor er det afgørende, at læger er opmærksomme på de presserende og fremtidige sundhedsudfordringer, som følge af klimaforandringerne, og at de forholder sig kritisk til de betingelser og vilkår, der påvirker sundheden. Ifølge Lægeetisk Nævn er det et lægefagligt ansvar at holde sig opdateret og tilegne sig aktuel viden om de omstændigheder, der påvirker sundhed (Laeger.dk, 2018). Derudover skal danske læger indtænke et større perspektiv, være retvisende i deres virke og har forpligtelse til at deltage i den offentlige debat (Grønbæk et al^b, 2021). Læger arbejder inden for forskellige rammer, fx specialisering, almen praksis og selvstændig praksis. Ikke desto mindre har læger den længste uddannelse i sundhedssektoren og befinder sig højt oppe i hierarkiet. Som følge heraf har de et betydeligt ledelsesansvar og en enorm indflydelse på både patienter og politikere. Læger spiller en afgørende rolle i at fremme sundhed og forebygge sygdomme gennem en kombination af behandling, rådgivning, forebyggende foranstaltninger og sundhedsfremmende initiativer (ibid.).

Klimakrisen er en sundhedskrise, og der kan argumenteres for, at en grundlæggende forudsætning for at levere en høj behandlingskvalitet i overensstemmelse med samfundsudviklingen er en integration af viden om sammenhængen i den daglige kliniske praksis. Derfor er det afgørende at udruste den næste generation af læger med den nødvendige viden og de rette værktøjer til at beskytte den menneskelige sundhed og trivsel mod klimaforandringer. Men hvilke udfordringer er der forbundet med denne integration, og er der et paradigmeskifte på vej som følge af øget opmærksomhed på emnet?

1.2. Problemformulering

På baggrund af problemfeltet ønsker jeg at undersøge følgende problemformulering:

Hvilke barrierer og muligheder er der for at skabe større integration mellem klimaforandringerne og sundhed på det lægefaglige område? Og hvordan forholder medicinstuderende sig til sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed på deres studie og deres virke som fremtidige læger?

Arbejdsspørgsmål:

- Hvordan kan klima bidrage til en vidensdiskussion om lægens kernekompetence?
- Hvordan kan klima udfordre lægens professionsidentitet?
- Hvilke potentialer ligger der i et tværfagligt samarbejde omkring problemstillingen?

1.3. Afgrænsning

Afhandlingens fokus og afgrænsede problemstillinger

Jeg har valgt at fokusere på det lægefaglige område, grundet de voksende initiativer og forskning, der peger på behovet mellem at inkorporere netop disse emner. Desuden er læger i berøring med sundhedsfremme på flere niveauer. Nutidige og fremtidige lægers arbejde rækker ud over det patientnære, og de besidder en større ansvarsrolle ift. sundhedssektorens udformning (Sst.dk, 2013). Afhandlingens genstandsfelt er derfor danske medicinstuderende og læger, og empirien indeholder udelukkende respondenter og informanter, der studerer eller arbejder i Danmark. Samtidig anerkender jeg, at andre sundhedsprofessionelle gør sig relevante i problemstillingen, og at mange andre aspekter har stor relevans for klimaets sammenhæng med sundhed. Klimaets indvirkning på den mentale sundhed inddrages ikke direkte, men anerkendes som en del af folkesundheden. Klimakrisen har en tæt relation til biodiversitets- og miljøkrisen, og alle er komplekse og presserende udfordringer med forskellige fokusområder og konsekvenser. Med klimakrisen refereres der til den globale opvarmning primært forårsaget af menneskelig aktivitet, såsom udledning af drivhusgasser, og specialeafhandlingen afgrænses til denne problemstilling. Klimaets sammenhæng med sundhed er blevet genstand for stor omtale, og etisk stillingtagen til lægens ansvar er derfor uundgåeligt.

Kapitel 2

Sundhedsforståelser

En sundhedsforståelse er en opfattelse af, hvad der definerer sundhed og sygdom, og hvordan sundhed opnås og opretholdes. Sundhedsforståelser er i konstant bevægelse og formes efter de sociokulturelle og samfundsmæssige rammer. Hvordan vi som samfund forstår sundhed, er med til at kortlægge faglige normer og praksisser. Den viden, vi eksponeres for, har stor indflydelse på vores sundhedsintention og -handling, faglige traditioner, samt hvordan en professionsidentitet formes. Filosofien om sundhedsforståelser diskuteres og udfordres af sundhedsforskeren Simon S. Simonsen (2000), der fremstiller en diskussion af de videnskabsteorier, der har og stadig dominerer den kliniske praksis. Simonsen (2000) peger på, at grundlaget for vores forskning og klinik er stærkt præget af sundhedssystemet samt ideologier omkring det at være sund. Gennem sin fremstilling forsøger Simonsen at invitere til en bredere og mere nuanceret diskussion om emnet, der lægger vægt på tværvidevidenskab og behovet for alternative tilgange til sundhed.

2.1. Videnskabelige paradigmer

Dominerende vidensdomæner er med til at forme vores fundamentale sundhedsforståelse. Særligt naturvidenskabens videnskabsteorier har etableret sig i måden, hvorpå vi forstår sundhed (Simonsen^a, 2000). Blandt de dominerende sundhedsforståelser ses den biomedicinske fundamentalisme. Her forstås sundhed som et biologisk fænomen, hvilket betyder, at vi alene ud fra humanbiologisk teori kan opnå viden om, hvad sundhed er. Den biomedicinske tilgang er især dominerende på universiteter og har været det siden midten af 1800-tallet (Simonsen^b, 2020). Forståelsen hviler typisk på den positivistiske ontologi og hører dermed under naturvidenskabens. Herunder ses også andre forskningsmåder, som den *erfaringsbaserede praksis* og det *kontrollerede kliniske forsøg*. Fælles for disse er den induktive tilgang og heri et generelt positivistisk problem. Eksempelvis kan den positivistiske retning have en tendens til at reducere komplekse fænomener til simple og målbare enheder, og dermed overses kompleksiteten af den menneskelige erfaring og virkelighed. Social- og humanvidenskabens er gennem tiden begyndt at fylde indenfor sundhed (Simonsen^a, 2000). Et eksempel er videnskabsteorien socialkonstruktivismen, hvor sundhed er betinget af sociale forhold. Trods socialkonstruktivismen stiller sig i kontrast til den biomedicinske tilgang, lider den af samme svaghed. I den biomedicinske forståelse reduceres alt til humanbiologi, og i socialkonstruktivismen reduceres alt til vores sociale liv (ibid.). Hvornår social- og humanvidenskabens præcist opblomstrede i sundhedskontekster, er svært at sige, men sikkert er, at mennesket altid har praktiseret videnskab

(ibid.). Fælles for diverse videnskabelige paradigmer og praksisser er vores evne til at skabe handlemuligheder, på baggrund af den viden vi tilegner os. På den måde kan vi omskabe, konstruere og udvikle naturen efter behov og interesser (ibid.). Ifølge Hulme (2009) har klimaforandringerne befundet sig i den naturvidenskabelige arena i mange år, men betragtes i dag også som et socialt fænomen. Klimaforandringerne er blevet anerkendt som en alvorlig trussel siden 1970'erne, men politiske motiver og dominerende videnskaber har præget fænomenet og forhindret effektive tiltag (ibid.). Ifølge Hulme (2009) kan dette være en forklaring på, hvorfor der først inden for de seneste år er blevet iværksat betydningsfulde tiltag for at tackle klimaudfordringer.

2.2. Et etisk opgør

I 1979 skete der et opgør i de tidligere klassiske etiske principper, hvor naturen blev anset som en tjenende ressource for mennesket, og dominans over naturen og udnyttelse af dens ressourcer var første prioritet og det, der skulle skabe en bedre tilværelse for mennesket her og nu. Men i takt med klimakrisen og menneskets ændrede livsvilkår opstod der et behov for et nyt etisk grundlag, og fremtidige generationer blev det egentlige og væsentligste fundament for tilegnelsen af ny viden (Simonsen^c, 2020). Samtlige styrende videnskabsteorier er baseret på en problematisk ontologi, der indebærer en opfattelse af mennesket som aktiv og naturen som passiv. Denne tænkemåde kaldes også for den *antropocentriske* opfattelse af etik. Med antropocentrisk menes *mennesket i centrum*, og i denne opfattelse er varige skader på naturen blevet betragtet som etisk neutral (ibid.). Trods denne tankegang fortsat er styrende i måden, vi lever på, ses der altså et opbrud i vores værdier. Blandt andet fordi klimakrisens konsekvenser har frataget validiteten i den antropocentriske etik. Opgøret har fordret, at vi i højere grad tager højde for de forskellige videnskabstraditioners *begrænset-* og *gyldighed* (Simonsen^c, 2020).

Ottawa-charter

I 1986 blev den internationale Ottawa-charter vedtaget af WHO, med det formål at forbedre den globale og nationale folkesundhed. Ottawa-charteren gør op med sundhedsbegrebet som udelukkende et biomedicinsk anliggende og fastslår, at sundhed er mere end fravær af sygdom og afvigelser af normalfunktioner (WHO, 1986). På den måde introduceres en mere nuanceret og holistisk tilgang til sundhedsbegrebet. Charteren adresserer og anerkender miljøets og naturens samspil med folkesundheden og integrerer på den måde et klimahensyn til sundhedsfremmebegrebet. Som læge er man ikke direkte bundet til Ottawa-charteren. Men principperne og prioriteterne i charteren indgår som rettesnor for sundhedsfremmende praksis og som medlem af det danske sundhedsvæsen har læger et ansvar for at fremme folkesundheden (Ottawa-charter, 1988).

Sundhedsviden

Viden og handlekompetencer inden for sundhed er afgørende for forandring, men politiske interesser og ideologier kan påvirke, hvordan viden fremlægges og forstås (Grønbæk et al.^b, 2021). Selvom vi har adgang til viden om klimaforandringer og sundhed, afspejles det sjældent i vores handlinger, hvilket kan skyldes, at den viden, vi får tildelt, ikke er handlingsorienteret. Fire dimensioner af sundhedsviden kan skabe handlekompetencer: viden om effekter, årsager, forandringsaspektet og alternativer (bilag 1). KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) er en del af sundhedsvæsenets sundhedsforståelse, men i denne overses kompleksiteten af klimaforandringerne (Ahrensboell Schultz et al., 2021). For eksempel kan en reduktion i animalske produkter og tobaksrygning både gavne sundheden og klimaet. Alkoholforbrug og fysisk inaktivitet er også sundhedsrisici, der har indvirkning på klimaet. Læger spiller en afgørende rolle i at integrere klimaforandringerne i deres praksis og rådgivning for at fremme både sundhed og klima (Tophøj og Lewandowska, 2022).

Kapitel 3

Klimaforandringerne i dansk kontekst

3.1. Danske aktører

De seneste år har der været større fokus på klimaforandringernes sammenhæng med sundhed. I Danmark ses flere og flere organisationer og foreninger spire frem (bilag 2). I denne forbindelse er Læger for Klimaet værd at nævne. Foreningen blev stiftet i februar 2020 og kæmper for en fremtid, hvor alle sundhedsfaglige beskæftiger sig med problemstillingen om klimaforandringer (Lægerforklimaet.dk, 2020). Også interesseorganisationen Lægeforeningen er en relevant aktør, som dagligt arbejder for at varetage lægers interesser og arbejdsforhold. Lægeforeningen har vedtaget en klimapolitik med fokus på at reducere sundhedsvæsenets CO₂-aftryk og involvere læger i klimaløsninger. Slutteligt ses Klima-, Energi- og Forsyningsministeriet (Kefm) der blev dannet som en del af regeringens første ministerrokade den 27. juni 2019. Dette ministerium har til hovedopgave at fremme bæredygtig omstilling og forsøger på bedste vis at tage hensyn til sundhedsaspekterne i udviklingen af klimapolitikker (Kefm.dk, 2022; Kefm.dk, n.d.).

3.2. Sundhedssektorens relevans

I forhold til sundhedssektorens relevans peger Lægeforeningen (2022) på paradokset mellem lægens latinske grundsætning: *Primum non nocere* eller *gør ingen skade* og sundhedsvæsenets høje klimaaftryk. Foreningen mener, at klimaindsatser skal igangsættes på alle niveauer af sundhedsvæsenet, hos både kollegaer, patienter og beslutningstager (ibid.).

I et debatindlæg fra Klimamonitor (2020), nyhedsmediet med fokus på realiseringen af den grønne omstilling, problematiserer reservelæge og bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet, Martin Schønemann-Lund, det store engangsforbrug, som han dagligt vidner på en almindelig operationsgang. Et følge af det kolossale forbrug er et stort CO₂-udslip, som med hvert kilo truer folkesundhedens fremtid (Schønemann-Lund, 2020). I tråd hermed anerkender Schønemann-Lund, at store dele af CO₂-udslippet skyldes danske hospitalers forsyningskæde fx medicinalfirmaer og producenterne bag operationsudstyr (ibid.). Debatindlægget peger på England som et godt eksempel, der har nedbragt sit CO₂-udslip med omkring 20%, uden at gå på kompromis med patienternes behandlingskvalitet. Det reducerede udslip skyldes blandt andet en mindsket affaldsproduktion med 90% og automatiserede systemer, der slukker ubrugt teknologi om natten. De implementerede

løsninger stammer fra enheden *Sustainable Development Unit*, hvis primære formål er at indsamle viden, koordinere og tracke initiativernes effekt (ibid.).

Som beskrevet yder sundhedsvæsenets struktur og organisering i sig selv et stort klimaaftryk. Nuværende og fremtidige læger er medskabere af udviklingen og driften bag sundhedsvæsenet og arbejder dagligt med at skabe adfærdsændring, og denne erfaring bør anvendes i forhold til klimaforandringerne (Grønbæk et al.^a, 2021).

3.3. Mediedækning

I Ugeskrift for Læger tages emnet atter op, og medicinstudiet kritiseres for ikke at integrere klima i pensum (Schønemann-Lund, M. et al., 2023). Debatindlægget har 22 forfattere bag sig, som alle er uddannede læger. De fremlægger, hvordan man internationalt kan få øje på sammenhængen mellem sundhed og klima på sundhedsfaglige fakulteter, samt hvordan Danmark bør følge trop. Særligt sættes der fokus på Universitetsloven §2 stk. 3, der beskriver universiteternes formål således: *“Universitetets forsknings- og uddannelsesresultater skal bidrage til at fremme vækst, velfærd og udvikling i samfundet. Universitetet skal som central viden- og kulturbærende institution udveksle viden og kompetencer med det omgivende samfund og tilskynde medarbejderne til at deltage i den offentlige debat”* (ibid.). Her ses, hvordan danske læger skal bidrage til velfærdsstaten og indgå i offentlige debatter. Forfatterne kritiserer nuværende lægers evne til at deltage med sundhedsfaglige vinkler på den største globale sundhedskrise i det 21. århundrede (ibid.). Ligeledes kritiseres lægers kompetenceniveau i forhold til at handle bæredygtigt og se klimakrisen i et større perspektiv end den enkelte patient, afdeling eller praksis (ibid.).

En kronik i Information (2022) skrevet af de to medicinstuderende Helena Udsen og Solvei Hjorth, peger på klimakrisens fravær på medicinstudiet. De medicinstuderende sætter spørgsmålstegn ved den manglende klimaundervisning, og fraværet sammenlignes med at fjerne undervisning i diabetes. Klimaforandringerne og diabetes er begge voksende fænomener med stigende antal patienter og indebærer komplekse udfald, som danske læger er nødt til at forholde sig til (Information, 2022). Ovenstående debatindlæg kritiserer den nuværende studieordning og det manglende fokus på klima. Det beskrives, hvordan sammenhængen mellem klima og sundhed indgår på et absolut minimum, hvis det overhovedet indgår (Schønemann-Lund, M. et al., 2023; Information.dk, 2022). Dertil er det interessant at kaste blikket mod studieordningen på medicinstudiet. En gennemgang af studieordningen og bekendtgørelser afslører, at der ikke er direkte kobling mellem klimaforandringer og sundhed (bilag 3).

Kapitel 4

Videnskabelig baggrund

Sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed, på det lægefaglige område, har gennemgået en udvikling de seneste år, og der er blevet offentliggjort en række bidrag til feltet. I dette afsnit vil jeg udforske den nuværende stand af viden ved at undersøge de seneste forskningsresultater og litterære afdækninger af emnet.

4.1. Litterær afdækning

Indledningsvis har jeg afdækket emnet via en bevidst-tilfældig søgning, med det formål at danne et overblik over eksisterende og nemt tilgængelig viden. Jeg har stillet mig kritisk over for litteraturen og kun benyttet mig af hjemmesider af høj troværdighed såsom: WHO, FN, veletablerede foreninger og organisationer eller e-aviser. Disse har formet problemfeltet hidtil og skabt fundament for et state-of-the-art review, med evidensbaseret forskning om specialeafhandlingens genstandsfelt. Formålet med state-of-the-art er at skabe et overblik over relevante bidrag fra eksisterende forskning (Blessing og Chakrabarti, 2009). Derudover belyses aktualitetsniveauet af problemstillingen og legitimerer specialeafhandlingens fokus (ibid.). På den måde kan metoden klargøre mit fokus og begrunde relevansen. Jeg har valgt at benytte søgedatabaserne *Scopus*, *Embase*, *Web of Science* og *PubMed*.

I bilag 4 præsenteres en detaljeret gennemgang af min systematiske søgning, men formålet med dette afsnit er at opsummere den forskning, jeg har fundet fra den udenlandske vidensscene. Mit primære fokus er publikationer, der behandler samspillet mellem klima og sundhed på medicinstudiet, på det lægefaglige område generelt og som del af en integreret sundhedsforståelse. Efter en systematisk søgning blev jeg opmærksom på, at der ikke er udgivet publikationer om mit konkrete genstandsfelt i en dansk kontekst, dog ses en større interesse for integrationen af klima på lægeområdet i det internationale videnslandskab. På baggrund af seks artikler har jeg identificeret de tematiske tendenser, som relaterer sig til problemformuleringen, og sammenfattet disse i nedenstående afsnit.

Forskningen indikerer behovet for at integrere klima og sundhed på sundhedsfaglige uddannelser, herunder medicinstudiet. Der er en opfordring til en helhedsorienteret tilgang, der kan kombinere viden fra forskellige discipliner, forstå kompleksiteten af samspillet mellem mennesker og klima og fremme transformative og inkluderende tilgange til læring. Samtidig kalder forskningen på et skifte i dominerende vidensdynamikker, som hævdes at fastholde ideologier om individualisme i den kliniske

praksis. Skiftet skal indeholde en relationel tænkning, der inkluderer klima på tværs af perspektiver og kulturer. Ligeledes skal der brydes med hierarkier, der fremelsker særlige vidensdomæner, og mere pædagogiske tilgange skal stilles til rådighed. Integrationen af klima og sundhed støder dog på barrierer som manglende tid, ressourcer, modstand mod forandring og begrænset undervisningskompetence. En integrativ model, der integrerer klimaforandringer i undervisning, forskning, klinisk praksis og offentlig sundhed, foreslås for at uddanne læger til at håndtere klimaforandringernes sundhedsmæssige konsekvenser. Det er også vigtigt at øge bevidstheden, forståelsen og ressourcerne for at integrere klima og sundhed i undervisningen på sundhedsuddannelsesinstitutioner. Slutteligt ses initiativer som det førende medicinske tidsskrift The Lancet Countdown, som hvert år udgiver en rapport, der opsummerer de seneste videnskabelige fremskridt inden for klimaforandringerne og sundhed. The Lancet Countdown understreger behovet for at adressere klimaforandringerne og beskytte folkesundheden gennem investeringer i bæredygtig energi, tværsektorielt samarbejde og politisk vilje. Det kan konstateres, at emnet om klima og sundhed på det lægefaglige område er meget ungt, og trods spirende forskning og initiativer ses der fortsat signifikante videnshuller. Der ses både barrierer og muligheder for at integrere klima på lægeområdet (figur 4.3.). På baggrund af dette, er det interessant at undersøge, hvorvidt samme fund vil gøre sig gældende i en dansk kontekst.

Barrierer	Muligheder
Mangelfuld undervisning i samspillet mellem klima og sundhed	Medicinstudiet har potentialet til at integrere klima i pensum
Underviserne mangler kompetencer ift. at inkludere klimarelevant undervisning i pensum	Medicinstuderende kan generelt se vigtigheden af klimarelevant undervisning
Udfordringer og modstand mod implementeringen af emnerne	Generel positiv respons på inddragelse af mere klimaundervisning
Generel manglende viden og forståelse for emnets relevans	Der ses en efterspørgsel på klima som en del af sundhedsforståelser og sundhedsbevidsthed, men stadig manglende bud på hvordan dette kan konkretiseres
Klima nedprioriteres i pensum af fagansvarlige, ledelse og højere beslutningstagere	Tværsektorielt samarbejde
Klimaforandringernes påvirkninger eksisterer udenfor de generelle sundhedsforståelser og sundhedsbevidstheder	Flere læger ser relevansen
Der mangler et fælles sprog for at tydeliggøre klimaets samspil med sundheden	
Mangel på økonomiske ressourcer	
Manglende politisk vilje	

Figur 4.3. Barrierer og muligheder på baggrund af den litterære afdækning.

4.2. Den historiske gennemgang og aktuelle situation

Følgende afsnit er en gennemgang af, hvordan klimaforandringerne er blevet betragtet og handlet på i de seneste år. Verdens ledere, eksperter og aktivister har samlet sig for at diskutere og tage handling i forhold til klimaforandringerne, hvilket ses i både en international og national kontekst.

4.2.1. Klimatopmøder og FN's verdensmål

I december 2015 foregik den 21. partskonference under FN's rammekonvention eller *Conference of the Parties* (COP) om klimaforandringerne (Kefm.dk, n.d.). Her indgik 196 af FN's medlemslande i en juridisk bindende klimaaf tale, med det sigte at skabe en global omstilling og begrænse den globale opvarmning til maksimum 2 grader og helst under 1,5 grader celsius (ibid.). Den fælles klimaaf tale, også kaldet Parisaf talen, trådte i kraft november 2016. Under Parisaf talen blev det klart, at klimaforandringerne er et centralt emne, og at alle lande måtte øge indsatsen for at nå de nye klimamål om redueringen af drivhusgasser. For at sikre overholdelse af af talen blev der etableret et transparent regelsæt, som beskriver, hvordan hvert medlemsland skal overholde deres klimaindsats. På den måde er det muligt at registrere den bæredygtige fremgang i forhold til af talens langsigtede målsætninger (ibid.). Hvert femte år skal landene indmelde og opdatere sine reduktionsbidrag. WHO anser Parisaf talen som en sundhedsaf tale og udtaler, at den potentielt kan være den vigtigste folkesundhedsaf tale i årtiet (Unfccc.int, 2018).

Parisaf talen, også kendt som COP21, refererer til den 21. partskonference under FN's Klimakonvention. På samme måde betegnes klimatopmødet i Glasgow som COP26 i henhold til samme nummersystem. COP26 anses for at være den mest betydningsfulde klimakonference siden Parisaf talen og involverede alle medlemslandene, da samtlige FN's medlemslande underskrev konventionen (Zetland.dk, 2021). Parisaf talens målsætninger satte rammerne for mødet i Glasgow i oktober 2021. Formålet med COP26 var, at hensigter og ord skulle omsættes til konkret handling. Medlemslandenes ledere skulle altså bevise, at deres klimaambitioner var oprigtige og blev prioriteret (ibid.). Nogle af de konklusioner, der fremhæves i forbindelse med COP26, inkluderer behovet for *øgede ambitioner inden for reduktion af udledninger, bedre tilpasning til klimaforandringer, øget støtte til de mest sårbare samfund og håndtering af skader forårsaget af klimaforandringerne* (Kefm.dk, 2022).

Repræsentanter for WHO deltog i COP26-mødet, med det formål at influere positive og ambitiøse handlinger på baggrund af sundhedsargumenter. Flere lande gik med til at involvere deres sundhedssystem, og andet sundhedsfremmende arbejde, som del af deres klimaambition (Who.int, 2021). Fjorten lande har meddelt, at deres sundhedssystem er CO2-neutralt inden 2050 (ibid.).

Trods flere landes engagement i klimaaftaler kritiserer WHO diverse COP-konferencer, særligt Parisaftalen, for ikke at inddrage sundhedsmæssige konsekvenser i høj nok grad. WHO's kritik hviler blandt andet på de Intended Nationally Determined Contributions (NDC's) eller *de tilsigtede nationalbestemte bidrag*, som inddrager sundhed på et minimum eller på en ukonkret måde. WHO skriver således om repræsentationen af sundhed i NDC'erne:

"Nuværende NDC'er relaterer sjældent sundhed til klimaforandringerne og bruges hverken i beviser eller nationale politikker. På trods af den høje forekomst af referencer til sundhedspåvirkninger i NDC'erne, er de fleste af disse referencer deskriptive. Kun 10 % af NDC'erne (18 ud af 184) henviser til beviser eller politikker om sundhedskonsekvenserne fra klimaforandring. Dette på trods af 48 lande for nylig rapporterede at have foretaget en sårbarheds- og tilpasningsvurdering for sundhed i forhold til klimaforandringerne" (WHO.int, 2020, red. dansk).

WHO sætter for alvor sundhed på dagsordenen og efterspørger mere ambitiøse klimatiltag hermed. På samme måde sætter FN bæredygtighed på agendaen i deres 17 verdensmål. Målene for bæredygtig udvikling blev vedtaget i topmødet i New York september 2015 og trådte i kraft januar 2016. De nye verdensmål er de mest ambitiøse hidtil og har til formål at skabe en mere bæredygtig fremtid for mennesker og kloden (Verdensmålene.dk, 2022). FN's verdensmål er udviklet på baggrund af tre års diplomatisk arbejde og fik startskud ved Rio-topmødet i 2012 og skal de næste 15 år bidrage med at omsætte ord til handling (ibid.). Klima og sundhed er begge repræsenteret i de 17 målsætninger, og der kan argumenteres for, at vedtagelsen af de 17 verdensmål er en anerkendelse af, at klimakrisen udgør en sundhedskrise. Et af målene henvender sig specifikt til *sundhed og trivsel*, og 8 andre mål repræsenterer klimaforandringerne. Tages der et nærmere kig på de 17 verdensmål ses 169 delmål, hvori klima eller sundhed indgår i forskellig udstrækning.

4.2.2. I dansk kontekst

Når vi ser på det sundhedsfaglige trusselsbillede på et samfundsniveau, er det tydeligt, at der er udfordringer. Men når der afgrænses til Danmark, bliver problemstillingen uklar. Danmark er ikke immun over for klimarelaterede konsekvenser, trods vi som land påvirkes længere ude i fremtiden end f.eks. steder som Mellemøsten, Asien og Afrika (IPCC, 2014). Danmark har bedre forudsætninger for at tilpasse sig klimarelaterede udfordringer og større økonomisk overskud til konkret handling (ibid.). IPCC's (2014) rapport om Europa italesætter Danmarks lave kystlinje og risikoen for oversvømmelser. På samme måde sætter FN's generalsekretær Antonio Guterres Danmark på dagsordenen, da han i februar 2023 fremhævede København som et risikoområde for oversvømmelser og andre ekstreme vejrforhold, der kan true befolkningens sundhed og sikkerhed (Un.org, 2023).

4.3. Ulighed i sundhed i klimakontekst

I et globalt perspektiv ses en ulighed i måden, hvorpå vi påvirkes af klimaforandringerne. De lande med højest drivhusgasudledning er typisk de lande med størst økonomisk overskud og stabilitet. Uligheden ses i denne situation, når man kigger på dem, der bærer ansvaret for klimaforandringer versus de største ofre for konsekvenserne (Who.int, 2021). Klimaforandringerne rammer altså skævt og skaber yderligere ulighed i både globale, nationale og lokale kontekster. Sårbare borgere, eksempelvis ældre borgere med nedsat helbred og borgere i udsatte boligområder, vil rammes hårdere, hvorfor klimaforandringerne vil skabe en øget social ulighed i sundhed (ibid.). Ifølge Watts et al. (2021) har lægefaglige en lang historie med at være frontløbere i kampen mod social ulighed i sundhed. Derfor befinder de sig også i en enestående position til at håndtere klimapåvirkninger på forskellige niveauer, skabe politisk vilje og aktivt udvikle strategier, som imødegår problemstillingens kompleksitet.

4.4. Paradigmeskifte

I takt med flere internationale aftaler og nationale målsætninger kan der argumenteres for et pejlemærke for en ny tid. Der ses en større accept af en holistisk tilgang til sundhed, der inkluderer klimaforandringerne og anerkender den uadskillelige sammenhæng mellem klodens og menneskets sundhed. Dette kommer til udtryk på flere måder. I 2022 blev de nye officielle kostråd offentliggjort af Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, der skriver således: *“For første gang nogensinde guider Danmarks syv nye kostråd ikke blot danskerne til et sundere helbred, men også til en sundere klode. Fødevareministeren kalder koblingen oplagt”* (Fvm.dk, 2022). Et andet eksempel er opblomstringen af organisationer og bevægelser med unge i spidsen, heriblandt Ungeklimarådet, Den Grønne Ungdomsbevægelse og Medicinstuderende for Klimaet (Kefm.dk, n.d. ; Dgub.dk, n.d. ; Srku.dk, n.d.). Paradigmeskiftet manifesterer sig specifikt i politiske beslutninger og initiativer samt nye bevægelser, der signalerer øget opmærksomhed og bevidsthed. Debatten om, hvordan klimaforandringer påvirker sundheden, bliver stadig mere intens, hvilket rejser spørgsmålet om, hvilke udfordringer der opstår ved at forene disse to emner på det lægefaglige område.

Kapitel 5

Videnskabsteoretiske overvejelser

5.1. Mit videnskabsteoretiske ståsted som sundhedsprofessionel

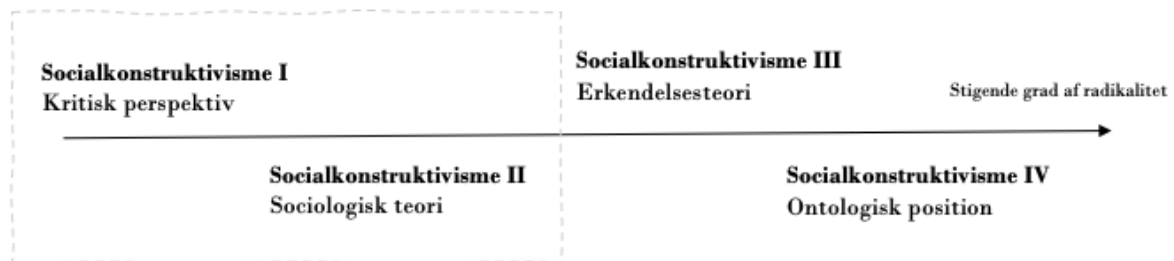
Som uddannet sundhedsprofessionel har jeg ikke stødt på en integreret forståelse af sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed. Derfor er min interesse rettet mod dette tema, hvor jeg undersøger en specifik del af et system, som jeg tidligere har været en del af som sygeplejerske. På grund af min egen erfaring har jeg forforståelser omkring problemstillingerne i min specialeafhandling. Jeg har uundgåeligt dannet antagelser om, hvordan sammenhængen mellem klimaforandringer og sundhed eksisterer blandt danske læger og medicinstuderende. Fordi jeg undersøger en facet af et system, som jeg selv har været en del af, er det afgørende, at jeg er reflektiv og kritisk i mine egne antagelser, når jeg anvender en socialkonstruktivistisk tilgang. Det epistemologiske udgangspunkt afviser samtidig, at jeg som forsker kan betragte problemstillingen på en objektiv eller neutral måde (Juil, 2012). Af samme årsag vil jeg anerkende og indarbejde min egen positionering i videnskabsteorien socialkonstruktivisme.

5.2. Den socialkonstruktivistiske positionering

Historisk set kendetegnes socialkonstruktivismen ved to egenskaber. Videnskabsteorien opfattes som et opgør med de traditionelle forestillinger om, at sandheden udelukkende erkendes gennem vores sanser i den fysiske virkelighed. Derudover indeholder videnskabsteorien en kritisk kraft, der sigter efter at afsløre umiddelbare fænomener, der skyldes underliggende størrelser (Wenneberg^a, 2010). Med andre ord betragter socialkonstruktivismen *virkeligheden* som konstruktioner, der opstår gennem en social og sproglig praksis, hvorigennem vores erkendelse af virkeligheden kommer til live (ibid.). Det ontologiske udgangspunkt er dermed, at der ikke findes en sandhed, men at vores virkelighedsopfattelse konstrueres ud fra perspektiver, værdigrundlag og i sociale og historiske kontekster (Juil, 2012). I det ontologiske udgangspunkt skelnes der mellem ontologisk objektive egenskaber og ontologisk subjektive egenskaber (Wenneberg^d, 2010), hvilket også ligger til grund for mit erkendelsesteoretiske ståsted. Jeg anser klimaforandringerne som en objektiv sandhed, som påvist af evidensbaseret videnskab. Dermed mener jeg, at klimaforandringerne eksisterer uafhængigt af menneskets erkendelse. Samtidig anser jeg klimaforandringernes sociale væren som en subjektiv sandhed, der ændrer sig alt efter overbevisning og konventioner. Hvordan klimaforandringerne tillægges betydning, er subjektivt, men virkeligheden af klimaforandringerne og sammenhængen med sundhed vil i specialeafhandlingen blive behandlet på erkendelsesteoretisk objektiv facon. Det

betyder altså, at jeg ikke afskriver alt sandhed omkring min egen empiri, men at jeg anerkender, at den både er funderet på objektiv og subjektiv viden, der eksisterer i en social virkelighed, påvirket af normer og strukturer.

Ifølge Wenneberg (2010) findes der flere grader af radikalitet inden for socialkonstruktivismen (figur 5.1.). Rækkefølgen af de forskellige retninger er ikke tilfældig, men kendetegnes ved en stigende grad af radikalitet (Wenneberg^a, 2012).



Figur 5.1. Socialkonstruktivistisk positionering.

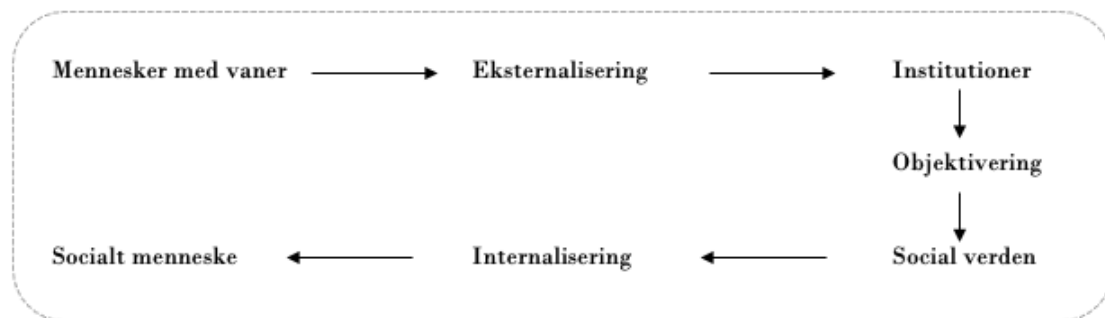
Jeg positionerer mig primært inden for de to mindst radikaliserede retninger: kritisk perspektiv og sociologisk teori. Wenneberg (2012) beskriver socialkonstruktivismens kritiske perspektiv således:

“Man tager derfor fat i socialkonstruktivisme-I for at få et perspektiv, der kan oplukke eller nedbryde de traditionelle forestillinger, som ofte kan virke temmelig cementerede og fastlåste [...] Virkeligheden er ikke bare, som den ser ud på overfladen, eller som den opfattes umiddelbart. Socialkonstruktivisme-I lukker op for, at tingene kan være anderledes. Hermed indeholder den et håb ... ” (Wenneberg, 2012 s. 83).

Min problemformulering lægger naturligt op til denne tilgang, idet jeg ønsker at forholde mig kritisk til den traditionelle forestilling af klimaforandringernes sammenhæng med sundhed inden for lægeområdet. Samtidig undersøger jeg, hvilke barrierer og muligheder der ligger bag overfladen. Dog indeholder socialkonstruktivisme-I en dobbelthed, fordi forskeren dekonstruerer fænomeners *naturligheder*. Wenneberg (2012) sætter spørgsmålstegn ved, hvor grænsen går for fænomeners væren som rene illusioner. Med denne logik bliver den sociale verden flydende, og alt fremstår som *usandt* (Wenneberg^b, 2012). Af samme årsag positionerer jeg mig også i den næste retning: den sociologiske teori. Denne beskrives som følgende:

“For hvor socialkonstruktivisme-I er et bredt kritisk perspektiv for studier af det sociale, er socialkonstruktivisme-II en teoretisk forklaring af det sociale i sig selv.” (Wenneberg, 2012 s. 88).

I modsætning til socialkonstruktivisme-I, som beskæftiger sig med at dekonstruere sociale virkeligheder, beskæftiger socialkonstruktivisme-II sig med at forklare sociale fænomener. Dermed er der større fokus på at anvende teori med bud på, hvordan det sociale er opstået og løbende reproduceres (Wenneberg^c, 2012). I socialkonstruktivisme-II læner jeg mig op ad Berger og Luckmanns videnskabssociologiske model, om et interobjektivt perspektiv, hvor mennesker og institutioner er tæt sammenvævede. Berger og Luckmanns 3-sidet model er en sociologisk teori, der forklarer, hvordan samfundet og vores opfattelse af virkeligheden bliver skabt gennem social interaktion (figur 5.2.). Modellen blev præsenteret af sociologerne Peter L. Berger og Thomas Luckmann i deres værk "The Social Construction of Reality" fra 1966 (ibid.).



Figur 5.2. Berger og Luckmanns model (Wenneberg, 2012 s. 90).

Med modellen ses der en sammenhæng mellem vores indre oplevelser og det ydre (Wenneberg^c, 2012). Modellen understreger, hvordan den viden, vi tilegner os, har indflydelse på vores opfattelse af sammenhæng i verden og dermed også vores adfærd og handlinger. På samme måde kan ny læring om et fænomen ændre vores internaliserede forståelse af virkeligheden og derigennem påvirke vores adfærd og handlinger i overensstemmelse hermed. Modellen forklarer også, hvordan menneskers vaner medvirker til at kategorisere eller *typificere* aktiviteter (ibid.). Dette skaber roller og arbejdsfordelinger gennem interaktionsmønstre, som eksternaliseres og legitimerer den institutionelle orden som uforanderlig. På den måde bliver samfundet til en objektiv sandhed (ibid.). Jeg vil derfor anvende en socialkonstruktivistisk tilgang til at identificere muligheder og barrierer for at integrere klimaforandringerne inden for det lægefaglige område og skabe indsigt i, hvordan fremtidens læger forholder sig til emnet.

Kapitel 6

Metodisk design

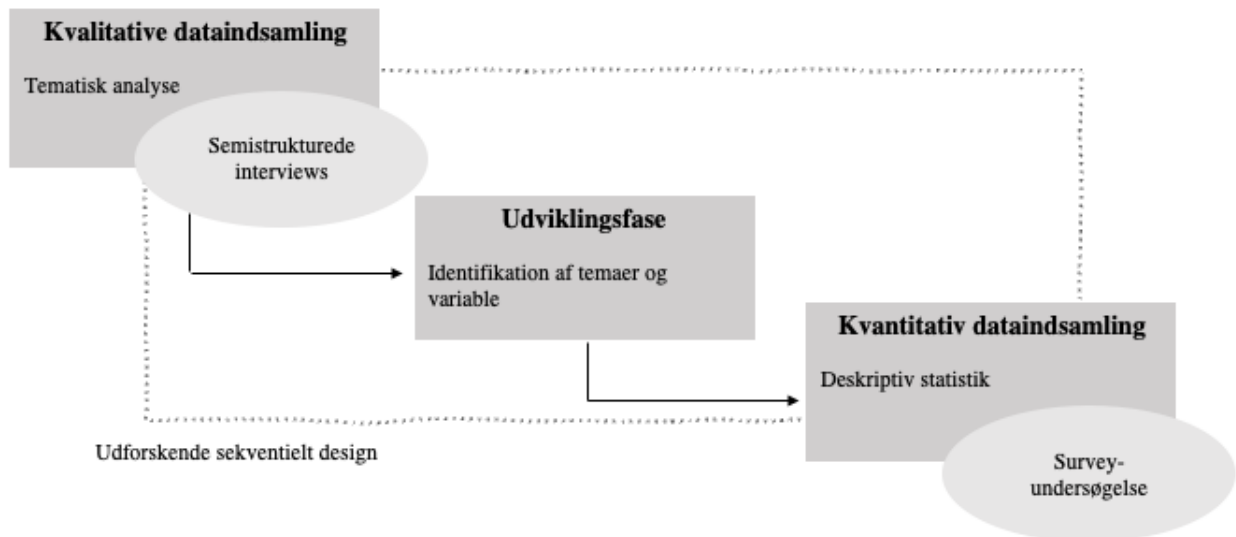
I følgende afsnit uddybes valg af metode, herunder udvælgelsen af interviewpersoner og design af survey-undersøgelsen. Jeg benytter mig af mixed-methods, da jeg gerne vil gå pragmatisk til værks og kombinere kvalitative og kvantitative elementer for bedst at kunne besvare mit forskningsspørgsmål. Desuden er den pragmatiske tilgang fleksibel, i en sådan forstand, at jeg kan tilpasse og tage hensyn til specialeafhandlingens omfang.

6.1. Mixed methods design

Formålet bag dette forskningsdesign er at skabe viden, der ikke alene kan afdækkes af en strategi eller metode. Fordelen er blandt andet, at det kvalitative og det kvantitative supplerer hinanden og minimerer de respektive svagheder. Desuden styrkes validiteten, når to udvalgte metoder underbygger hinandens fund (Frederiksen 2013; Jæger 2016). I det mixede forskningsdesign opstår der en metodisk eklekticisme, hvorfor metoderne ikke direkte hviler på det videnskabsteoretiske og ontologiske udgangspunkt, men udvælges på baggrund af egnethed (Jæger, 2016). Dog er det relevant at nævne, at teorierne holder sig tro mod den socialkonstruktivistiske tankegang (kapitel 5). Forskningsdesignet er udforskende og følger et sekventielt forløb, hvor de kvalitative fund etablerer en forståelse for problematikken og udgør det bærende element af empirien.

6.2. Forskningsdesign

Metodedesignet er sekventielt, hvor først de kvalitative temaer afdækkes, for bagefter at teste statistiske tendenser (figur 6.1.). Når de kvalitative fund går forud for den kvantitative data, er det sekventielle design udforskende (Vallgård et al., 2021). Et udforskende design består typisk af tre faser: en kvalitativ fase, en udviklingsfase og en kvantitativ fase (ibid.). De kvalitative semistrukturerede interviews afdækker tendenser, tankemønstre og giver mere dybdegående indsigt i problemstillingen (ibid.). På baggrund af de kvalitative fund udvikles et spørgeskema, der relaterer sig til de identificerede temaer og mit forskningsspørgsmål om, hvordan medicinstuderende forholder sig til klimaforandringerne og sundhed. På den måde er det muligt at undersøge, hvorvidt temaer fra den kvalitative fase kan identificeres i en større population (ibid.). Det er vigtigt at påpege, at specialeafhandlingen primært er baseret på kvalitativ empiri, som udgør det centrale element i undersøgelsen, mens de kvantitative data tilføjer yderligere perspektiver.



Figur 6.1. Forskningsdesign.

6.3. Den kvalitative del: interviews

De kvalitative fund består af semistrukturede interviews. Formålet med disse er at opnå indsigt i interviewpersonernes viden og erfaringer inden for emnet (Kristensen et al., 2019). Alle mine interviewpersoner besidder en viden, som de har opnået gennem deres praksis. De semistrukturede interviews skal fremskaffe viden om tendenser, tankemønstre og antagelser. Informanterne er udvalgt på baggrund af deres erfaring indenfor problemstillingen, da de besidder en kvalificeret viden om det undersøgte fokus, som er utilgængelig for den almene borger (figur 6.2.). Mit valg af netop det semistrukturede interview bunder i den fleksibilitet, som denne indsamlingsmetode tilbyder. Det vil sige, at jeg har mulighed for at forme spørgsmålene efter den enkelte informant, hvorfor de fire interviewguides ikke er identiske, men tilpasset informanten (bilag 5). Desuden tillader interviewformen, at jeg afviger fra min interviewguide, for at stille opfølgende spørgsmål og derigennem opnå mere dybdegående indsigt. Brinkmann og Kvale^a (2015) understreger, at der ikke er nogen standardprocedure for udførelsen af det semistrukturede interview, hvilket stiller nogle særlige krav til mig som forsker, som jeg skal være bevidst om før, under og efter interviewet.

Informant	Funktion/jobtitel	Primært bidrag
Helena Udsen	Medicinstuderende og medlem af Medicinstuderende for Klimaet	Indsigt i og erfaringer fra medicinstudiet
Anna Roe Rasmussen	Uddannet læge, ph.d.-studerende og medstifter af Læger for Klimaet	Ph.d.-projekt i integrationen af bæredygtighed i det kliniske arbejde og indsigt i og erfaringer med det lægefaglige område.
Torben Lykke Sørensen	Studieleder på Medicin - og Bacheloruddannelsen ved Københavns Universitet Overlæge ved Øjenafdelingen på Sjællands Universitetshospital og forskningsansvarlig og daglig leder af Klinisk Øjenforskningsenhed ved Øjenafdelingen på Sjællands Universitetshospital Formand for Studienævn for Medicin og Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse ved Københavns Universitet	Indsigt i og erfaringer med til- og fravalg i udformningen af studieordningen på Københavns Universitets medicinske bachelor, viden om hvordan vidensbehov legitimeres og identificeres, samt viden om det strukturelle niveau af læring fra administrationen til den medicinstuderende
Karolina Lewandowska	Speciallæge i almen medicin, bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet og medstifter af selskabet Grøn Praksis	Indsigt i og erfaringer med integrationen af en klimadagsorden i flere samfundslag, erfaringer med at indføre grønne tiltag og bred viden om sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed

Figur 6.2. Informanter.

Etisk validitet og overvejelser i interviewprocessen

Udover at være en teknisk proces til empiriindsamling er interviews en moralsk handling, hvorfor jeg har gjort mig nogle etiske overvejelser i min proces. Interviews indebærer kommunikation mellem to eller flere mennesker, hvor interviewerens forsøger at få indsigt i informantens tanker og oplevelser (Brinkmann & Kvale^a, 2015). Etiske rettesnore indebærer at respektere deltagerens autonomi og værdighed, beskytte deres privatliv og fortrolighed og undgå at gøre skade. Brinkmann og Kvale (2015) diskuterer, hvordan forskeren skal håndtere etiske dilemmaer, der kan opstå under interviewet, såsom når en deltager afslører noget, der kan være skadeligt for dem selv eller andre. Jeg har som interviewer forsøgt at være reflekteret i min praksis, ved at undgå ledende spørgsmål, der udtrykker mine egne antagelser og holdninger om emnet. På den måde kan jeg opfange informanternes perspektiver fra deres eget ståsted. Dette er dog en balancegang, idet jeg samtidig ønsker at komme i dybden med interviewet og udforske deres udtalelser og synspunkter. Gør en interviewer ikke dette, risikerer man, at empirien primært består af overfladeviden (ibid.). Derudover er jeg som interviewer opmærksom på at skabe en behagelig atmosfære og tillid i relationen mellem mig selv og informanten.

Dette gør jeg blandt andet ved at anvende et behageligt og jordnært sprog og gøre informanten opmærksom på, hvornår lydoptagelsen begynder. Validering gennem etik sker også i analyseprocessen, både i min fortolkningsproces og i måden, hvorpå jeg anvender og kontekstualiserer informanternes udtalelser. Når empiri indsamles og anvendes på en etisk forsvarlig måde, styrker det resultaternes validitet samt de konklusioner, der laves på baggrund af dem (ibid.).

Udvælgelse og bearbejdning af interviewmateriale

Et interview kendetegnes ved at være dybdegående, hvorfor der sjældent stilles krav til antallet af informanter, og der fokuseres i stedet på udvælgelsen af de rette informanter, der kan give mest mulig indsigt i det givne fænomen (Kvale og Brinkmann, 2015). Informanterne bidrager med unikke perspektiver omkring integrationen af klimaforandringerne på det lægefaglige område. Jeg har forberedt mig grundigt inden for emnerne for bedre at kunne forstå og kontekstualisere den information, jeg får fra dem. Dette hjælper mig med at stille relevante og opfølgende spørgsmål undervejs. Jeg har fundet frem til mine informanter gennem den indledende læsning i feltet, og de er blevet kontaktet via e-mail. Alle informanter har forud for interviewet fået tilsendt et dokument med rammerne for og formålet med interviewet, en samtykkeerklæring og interviewspørgsmålene (bilag 5). Alle interviews er blevet lydoptaget og transskriberet med samtykke fra informanten (bilag 6). Ligeledes har alle givet samtykke til, at deres fulde navn og jobtitel må fremgå i specialeafhandlingen. Transskriberingen har været ens for alle, og ord som fx "øhm" og rømmen er ikke medtaget. Gentagelser er derimod inkluderet, da disse kan have en direkte betydning for udtalelsen. Mit primære fokus er at optegne informanternes udtalelser præcist, og derfor er alle interviews transskriberet på en mere formel skriftlig måde, hvor der ikke er nogen fortolkning af sprogvag.

6.4. Den kvantitative del: Survey

Udformning af survey

For at få indsigt i forskningsfeltet og skabe empiri, der kan bidrage til besvarelsen af forskningsspørgsmålet, har jeg udformet en survey. Det har jeg gjort ved hjælp af redskabet *SurveyXact*, der giver mulighed for en online distribution af survey-undersøgelsen. I det surveyen besvares online, har jeg åbnet spørgeskemaet, så alle med adgang til linket kan besvare min survey. Respondenterne havde 6 uger til at besvare surveyen.

Surveyen består af 13 spørgsmål, hvoraf ti er kvantitative og tre er kvalitative (bilag 7). De kvantitative spørgsmål bidrager med at finde sammenhænge på tværs af alder og universitet og giver et overblik over oplevelsen af og holdningen til klimarelateret undervisning på studiet. De kvalitative spørgsmål giver respondenterne mulighed for at udtrykke deres syn på relevansen af sammenhængen mellem

klima og sundhed, samt hvad de betragter som muligheder og barrierer for en integration af klimarelateret undervisning på medicinstudiet. På forsiden af surveyen beskrev jeg undersøgelsens formål og gennemgik rammer, herunder anonymisering og anvendelse af data. Når der indsamles numerisk data gennem surveys, afdækkes emnet bredt fremfor dybt (Rathlev et al., 2017). Spørgsmålene har derfor været forholdsvist simpelt formuleret og simple at besvare. På den måde mindsker jeg risikoen for frafald og ikke-gennemførte besvarelser (ibid.).

Funktion og formål

Surveyens funktion er at afdække tematikker fra interviewene og skabe overblik over omfanget af klimarelateret undervisning på medicinstudiet. Surveyen bidrager med kvantificerbart data og giver mulighed for at slutte fra stikprøve til population og bidrage med viden om, hvorvidt undervisning i sammenhængen mellem klima og sundhed vægtes blandt fremtidens læger.

Udvælgelse af respondenter

Populationen, hvorfra stikprøven udtrækkes, består af medicinstuderende fra Københavns Universitet, Syddansk Universitet, Aarhus Universitet og Aalborg Universitet. Da jeg ikke har adgang til respondenternes kontaktoplysninger, har jeg valgt at anvende internetpanelsampling som metode til dataindsamling. Ved at bruge denne metode er respondenterne blevet udvalgt simpelt-tilfældigt, og udtrækningsandsynligheden er lige stor blandt populationen (Rathlev et al., 2017). Der kan dog være en overvægt af respondenter med særlig interesse i at deltage i spørgeskemaundersøgelser. Ikke desto mindre giver en online distribution af undersøgelsen adgang til en bred vifte af forskellige typer respondenter (ibid.). Internetbaseret dataindsamling og dens repræsentativitet er et omdiskuteret emne med både fordele og ulemper. Det er imidlertid endnu ikke fastslået, om denne type stikprøve er repræsentativ for populationen, hvilket betyder, at det kan være svært at afgøre, hvorvidt min survey er fuldt ud repræsentativ (ibid.). Efter udvælgelsen af respondenter, blev surveyen distribueret, pilottestet og eventuelle bias/skævheder blev identificeret (bilag 8).

Kapitel 7

Teoretiske rammer

Det første teoretiske bidrag stammer fra Anthony Giddens' *Politics of Climate Change*. Giddens er en britisk sociolog, der tager del i beslutningsprocessen for at sikre en bredere accept af de nødvendige politiske tiltag i forbindelse med klimaforandringerne fx ved at belyse muligheden for *en tredje vej*. Den tredje vej refererer til en politisk filosofi og tilgang, der forener socialismens og kapitalismens elementer for bæredygtig samfundsudvikling. Giddens bidrager til at skabe en bredere forståelse og opbakning til tiltag gennem sit engagement og indflydelse. Dernæst introduceres Ulrich Becks teori om *risikosamfundet*, der fokuserer på de samfundsmæssige og kulturelle konsekvenser af moderniseringen og globaliseringen af samfundet, og hvordan disse forandringer har ført til nye former for risici. Slutteligt præsenteres Katrin Hjorts teoretiske begreb om professionsidentitet, som analyserer, hvordan professioners dynamiske størrelse udvikler sig og genforhandler sin praksis i samspil med omgivelserne. Jeg anvender de teoretiske begreber til at undersøge de underliggende årsagssammenhænge eller forståelser bag mine empiriske resultater. Dette kan bidrage til at forstå, hvorfor bestemte mønstre opstår og identificere eventuelle uoverensstemmelser mellem teori og empiri (afsnit 8.1.).

7.1. Politics of Climate Change af Anthony Giddens

Teorien *Politics of Climate Change* introduceres i bogen af samme navn som en langvarig undersøgelse af et enkelt spørgsmål: *Hvorfor opfører de fleste mennesker sig, det meste af tiden, som om en trussel af en sådan størrelsesorden kan ignoreres?* (Giddens, 2011 s. 1, red. dansk). Giddens' formål med bogen er at skabe politiske debatter, der inkluderer klimakrisen og argumenterer for relevansen bag det politiske ansvar. Giddens' teori skaber indsigt i, hvordan klimaforandringerne eksisterer både i og udenfor bevidstheden samt, hvordan vi handler herefter. Giddens anerkender, at den mest beslutsomme klimaforsker må erkende, at der er et liv, der skal leves indenfor rammerne her og nu, trods klimaforandringerne i fremtiden truer med katastrofale levekår. Der sættes samtidig spørgsmålstejn ved, hvorfor der efter mange års evidensbaseret forskning og viden omkring klimatrusler stadig ses en handlingslammelse blandt beslutningstagere (Giddens et al^a, 2011). Med denne teori rejses der væsentlige spørgsmål, som kan give et bud på, hvordan klimaforandringerne opleves, handles på og eksisterer i det danske samfund og i vores forståelser.

Samarbejde

Giddens peger på behovet for samarbejde i lyset af klimaforandringerne og påpeger, at styring foregår på forskellige niveauer. Klimapolitik argumenteres ikke for udelukkende at være top-down, da store initiativer drives af ildsjæle, der er medskabere af en generel drift mod forandring. Samarbejde med forskellige aktører som enkeltpersoner, lokalsamfund og organisationer er afgørende for at skabe effektive løsninger. Dog kritiserer Giddens den grønne bevægelse, da kerneideen om ikke at forstyrre naturen kan modsætte sig vores teknologiske og videnskabelige fremskridt (Giddens et al^a, 2011). Med andre ord taler Giddens for en økologisk modernisering, hvor bæredygtige løsninger udvikles baseret på teknologi og videnskab snarere end romantiserede fortællinger om naturen.

Paradokset

Giddens beskriver paradokset om klimaforandringerne således:

“Since the dangers posed by global warming aren’t tangible, immediate or visible in the course of day-to-day life, however awesome they appear, many will sit on their hands and do nothing of a concrete nature about them.” (Giddens et al^a, 2011, side 2).

Det beskrives, at klimaforandringernes usynlighed er årsagen til, at de fleste ikke betragter fænomenet som en presserende og akut problematik. Samtidig viser undersøgelser at langt de fleste anser klimaforandringerne som en stor trussel, men få er villige til at ændre deres daglige levevis på baggrund af dem. Dette kalder Giddens for *fremtidig diskontering* og henviser til en tendens i samfundet om at vægte nutidens behov højere end fremtidens behov. Med andre ord er vi tilbøjelige til at vælge det, der gavner os på kort sigt, selvom det kan have negative konsekvenser på lang sigt (Giddens et al^a, 2011).

Handling og sprog

Giddens peger på, at klimaforandringerne kommer til at ramme forskelligt, og intensiteten af sundhedstruslerne skaber forskellige sårbarheder. Første præmis for ethvert land må dermed være at kortlægge sårbarheder og omstændigheder (Giddens et al^c, 2011). Dette kommer til at have en effekt på, hvordan handlingerne ser ud på tværs af landegrænser. Men fælles for alle er måden, hvorpå vi bør omtale klimaforandringerne. Giddens argumenterer for, at vi bør tale om klimaforandringer på en måde, der understreger behovet for handling. Desuden skal vi undgå at fokusere for meget på klimakrisens potentielle katastrofale virkninger og i stedet fokusere på de muligheder, der ligger i at

træffe foranstaltninger til at bekæmpe klimaforandringerne. Af samme årsag kritiserer Giddens begrebet *tilpasning* og antyder, at tilpasning indebærer en handling, umiddelbart efter konsekvenserne er fundet sted (ibid.). Derfor fremhæves behovet for at bruge begreber, der omfatter tilpasning både før og efter forekomst. Et eksempel kunne være *proaktiv tilpasning*, som netop refererer til det enkelte lands ansvar for at være aktiv i identifikationen af egne sårbarheder. Giddens imødekommer vores kyniske tilgang til politik og beslutningstagere, men fremhæver, at vi må anerkende, at vores fremtid, langt hen ad vejen, ligger i hænderne på politikerne (Giddens et al^d, 2011).

Giddens om klima og sundhed

Giddens argumenterer for et behov for en integreret tilgang til sundhed og klimapolitik, hvor sundhed centreres i beslutningsprocesser om klimaforandringer (Giddens et al^b, 2011). Endelig fremhæver Giddens behovet for at involvere sundhedssektoren i klimapolitikken, herunder læger og andre sundhedseksperter, idet deres roller bliver at tackle sundhedskonsekvenserne bag klimaforandringerne (Giddens et al^c, 2011). Dette rejser naturligvis spørgsmålet om, hvilke udfordringer der ligger i en integration af klimaforandringerne på det lægefaglige område.

7.2. Risikosamfundet

Teorien om risikosamfundet stammer fra den tyske sociolog Ulrich Becks bog af samme titel. I 1986 udgives bogen på tysk, og *risikosamfundet* bliver til en samlet betegnelse, der omfatter den aktuelle samtidsdiagnose af moderne problematikker. Becks fokus er ikke direkte på klimakrisen, men der refereres til miljøproblematikkerne. Beck påpeger, at naturvidenskaben har en dominerende magt i diskussionen om miljø, hvilket kan medføre et manglende fokus på samfundsmæssig tænkning. Hertil argumenterer Beck for, at flere perspektiver og mere tværgående viden må indgå, når det drejer sig om klimakrisens *risikoforhold*.

Negativ usynliggørelseslogik

De faktorer der er med til at nedbryde sundheden kan umiddelbart opdeles i to kategorier: *positiv tilegnelseslogik* og *negativ usynliggørelseslogik* (Beck^a, 1997). Faktorer, der påvirker sundheden såsom uddannelse, ejendom, indkomst m.m., er konsumerbart for den enkelte. Dette skaber en positiv tilegnelseslogik, hvor disse goder efterstræbes. Overfor denne logik ses en negativ usynliggørelse, der indebærer faktorer, der nedbryder sundheden og naturen. Disse risici er tæt på umuligt for den enkelte at få øje på eller direkte erfare (ibid.). Menneskets iagttagelsesevne spiller en stor rolle ift. motivationen for at handle på og forstå risikoen. Ligeledes kan det være vanskeligt for mennesket at

forholde sig til tilfælde, der måske ikke bliver virksomme i den berørtes egen levetid. Grundet den manglende synlighed af centrale risikofaktorer er der brug for ekspertviden og god formidling (ibid.).

Sammentænkning af det adskilte

Beck introducerer ideen om *formodning om kausalitet*, som beskriver en tilstand, hvor den samfundsmæssige sammenhæng mellem forskellige risici ikke kan bevises, men stadigvæk formodes at eksistere. Beck argumenterer for at tænke på risici på en mere holistisk måde, og opfordrer til en mere proaktiv tilgang til risikohåndtering, der tager højde for de potentielle samfundsmæssige konsekvenser bag vores handlinger (Beck^a, 1997). Der opfordres til at skabe en sammenhængskraft mellem naturvidenskabens usynlige risici og det samfundsmæssige og juridiske ansvar. På den måde kan videnskab om kausalitet bringes ind i hverdagens bevidsthed (ibid.).

Risikobevidsthed

Hvis klimakrisen skal kunne betragtes som en risiko mod folkesundheden, og gøres til udgangspunkt for handling og tænkning, er der behov for, at mennesket tror på det usynlige (Beck^b, 1997). Dels de usynlige kausale relationer og dels de betingelser, som tidsmæssigt, rumligt og indholdsmæssigt er adskilt (ibid.). Gennem videnskab og god formidling kan relationen mellem risici og konsekvenserne gøres *immune* overfor indvendinger (ibid.). Det kan siges, at klimakrisens sammenhæng med sundhed, på nuværende tidspunkt, kun har en spekulativ relation til vores betingelser og som Beck påpeger, har forskellige fortolkninger af virkeligheden altid været en kilde til uenighed (ibid.).

Refleksiv modernisering

En videnskabelig kontinuitet kan skabe grundlæggende forandringer af arbejdet og menneskets interne processer og forhold til omverdenen (Beck^c, 1997). Ifølge Beck er videnskabelig praksis en måde at afmystificere en risiko på (ibid.). Beck argumenterer for, at i en moderne verden, hvor videnskabelig ekspertise i højere grad spiller en central rolle i politik og samfund, er det vigtigt at se på videnskaben ud fra et risikoperspektiv. Det vil sige, at videnskaben ikke længere kan betragtes som en neutral tjenesteudbyder, men snarere som en aktiv deltager i samfundsprocesser, der skaber risici og usikkerhed (ibid.).

7.3. De professionelle, professioner og professionsuddannelser

Teorien om de professionelle stammer fra bogen af samme navn, skrevet af den danske professor i pædagogik og uddannelsesforskning, Katrin Hjort. I sin analyse diskuterer Hjort konceptet om professioner og undersøger, hvordan professionsidentiteten udfordres af samfundsudviklinger. Hjorts analyse bygger på bidrag fra flere kendte sociologer, herunder Joseph Gibbons, Max Weber, Robert

Merton og Emile Durkheim. I min redegørelse vil jeg fokusere på Hjorts teori og forståelse og dermed undlade at beskrive og redegøre yderligere for de øvrige sociologer. Hjort belyser, hvordan et professionsfelt etableres og legitimeres. Professionsbegrebet defineres ud fra et sociologisk perspektiv og kendetegnes ved en specialiseret vidensbase, specifikke kompetencer og en unik etisk praksis (Hjort^a, 2011). I sit professionsbegreb refererer Hjort til de større professioner som medicin og jura mv. og til semiprofessioner som sygeplejersker og pædagoger mv. Hjort henviser til professionernes identitet, som deres evne til at opretholde sin status, selvforståelse og faglige traditioner (ibid.). Som samfundet moderniseres, oplever professionerne en øget identitetskrise på grund af det spændingsfelt, der opstår mellem tradition og fornyelse. Jeg vil bruge Hjorts professionsanalyse til at få en dybere forståelse af lægens identitet og vidensgrundlag, og hvordan disse påvirker mulighederne og barriererne for at integrere klima og sundhed.

Professionernes historiske ramme

Inden moderniseringen var viden tæt forbundet med magtstrukturer og institutioner, hvilket gjorde det vanskeligt at etablere specialiserede grupper med autonom viden. Med oplysningstiden og moderniseringen er viden blevet frigjort, hvilket har muliggjort udviklingen af professioner. Disse specialiserede grupper opererer inden for specifikke fagområder og bidrager med ekspertise og viden til samfundet, hvilket forbedrer effektiviteten og kvaliteten inden for forskellige områder (Hjort^b, 2011).

Det er dog vigtigt at bemærke, at viden stadig er påvirket af magtstrukturer, kulturelle forhold og politiske normer og ikke opererer helt uafhængigt af samfundets krav og forventninger (Hjort^b, 2011). Det er derfor interessant at undersøge, hvilken betydning dette har i forhold til integrationen af klimahensyn i lægefaget.

Trods magtfulde strukturelle forhold har professionerne magt og medbestemmelsesret i den viden, de bygger deres specialiserede arbejde omkring (Hjort^c, 2011). De enkelte videnskaber har udviklet sig eksplosivt, og der sker konstante paradigmatisk skred. Dette har gjort det principielt umuligt for professionerne at følge med, hvorfor de i stigende grad er fokuseret på at tappe ind i den specifikke viden, som er nødvendig for deres arbejde (ibid.).

Vidensudvikling og professioner i en økonomisk og kulturel orden

I dag er læger eksempler på etablerede og anerkendte professioner med høj ekspertise og et solidt videnskabeligt grundlag. Udviklingen, i løbet af 1800-tallet og fremefter, har haft stor indflydelse på, hvordan professionen er struktureret og anerkendt i det moderne samfund, og hvordan de udøver

deres praksis med et fokus på evidensbaseret viden og ekspertise (Hjort^b, 2011). Den amerikanske sociolog Robert Merton, beskriver de tre kerneværdier som en profession, som læge funderes på:

1. *Knowing*, som henviser til systematisk viden, specialiseret tænkning teoretisk og empirisk baseret viden.
2. *Doing*, som henviser til trænet kompetence og teknisk dygtighed.
3. *Helping*, som henviser til hvordan den teoretiske viden og den praktiske kompetence anvendes til at hjælpe andre mennesker.

(Hjort, 2011 s. 57).

Den tredje værdi orienterer sig mod fællesskabet, og Merton beskriver denne adfærd eller *altruisme* som både individuel, subjektiv og institutionaliseret (Hjort^b, 2011). Med andre ord forener Merton den altruistiske logik med den professionelles egeninteresser, ved at henvise til det belønningssystem, der ligger bag. Samfundet giver professionerne privilegier under den forudsætning, at de hjælper samfundets borgere. En profession fremstår dermed som en organisation, der opfylder et væsentligt behov i samfundet, og holdes på plads gennem fx penge, prestige og autoritet (ibid.). Professioner opererer inden for samfundets økonomiske og sociale rammer. Økonomisk set stræber faggrupper efter at etablere og opretholde et lovligt monopol på vidensbaserede tjenester inden for deres ekspertiseområder. Socialt set stræber faggrupper efter at opnå høj status og respektabilitet ved at tilpasse sig samfundets kulturelle værdier. Samspillet mellem de to områder styrker gensidigt den kulturelle tillid og den offentlige anerkendelse. Dog kan professionsidentiteten udfordres af kompleksitet og usikkerhed, især når man står over for nye eller ukendte situationer, der kræver tilpasning af normer og praksis (Hjort^b, 2011). Professionen kan også møde modstand fra andre professioner eller grupper i samfundet, der stiller spørgsmålstejn ved dens legitimitet og autoritet. Endelig kan en professionsidentitet udfordres, når den selv begynder at stille spørgsmålstejn ved egne normer og praksisser, der åbner op for nye perspektiver på professionens rolle (ibid.). Så hvordan kan klimaforandringerne udfordre lægens professionsidentitet og skabe en intern refleksion, der muligvis fører til en reevaluering og tilpasning af deres virke og vidensformer? Og kan dette føre til en mere ensartet praksis, der tager højde for klimaforandringerne?

7.4. Teorierne i samspil

Min teori er udvalgt på baggrund af egnethed til bedst at kunne besvare min problemformulering. På den måde er mine udvalgte teoretiske begreber en metodisk overvejelse, som er med til at guide og forme processen. Becks og Giddens' teoretiske begreber blev udvalgt først. Begge teorier bidrager til vores forståelse af klimaforandringerne og hævder, at vores respons på dem er formet af vores sociale

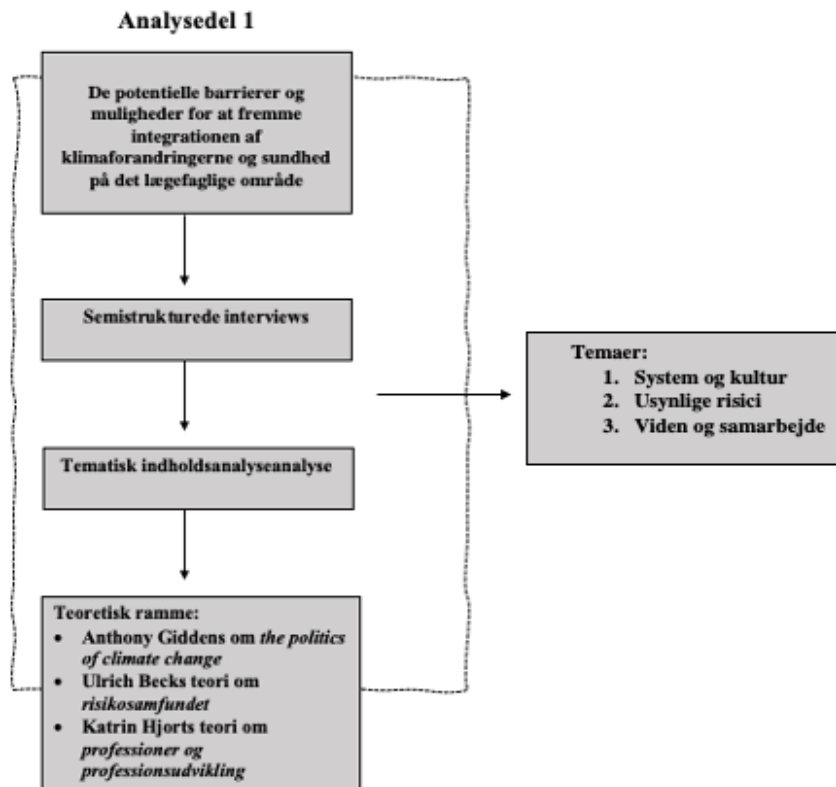
og kulturelle kontekst. Dette kan forstås som et socialkonstruktivistisk udgangspunkt, da teorierne hviler på en fælles epistemologisk tankegang om, at viden opstår i interaktioner og sociale sammenhænge. Dog er det nævneværdigt, at ingen af de udvalgte teoretikere er selverklærede socialkonstruktivister. Becks og Giddens' tilgange indeholder mange overlap, og stiller dermed et krav til mig som forsker, om at navigere i teorierne og udvælge de mest relevante begreber til at nuancere og fokusere aspekter i analysen. Becks teori adskiller sig ved at betone, at klimaforandringerne er en mere langsigtet udfordring, der kræver langsigtede løsninger, i modsætning til Giddens, der lægger vægt på behovet for politisk handling nu. Derudover er Giddens mere optimistisk omkring teknologiens potentiale til at skabe en mere bæredygtig fremtid, mens Beck argumenterer for, at videnskab og teknologi ikke kan løse problemet alene. Desuden har Giddens større fokus på det politiske spil og det ledelsesmæssige ansvar, hvor Beck bidrager med et vidensaspekt, om at nytænke og kritisk genoverveje vidensrationaler. Hjorts teori om professionsidentitet blev udvalgt for at skabe en teoretisk ramme og forståelse for lægens faglige rolle og vidensgrundlag. Hjorts tilgang til professionsidentiteter belyser, hvordan disse konstrueres gennem sociale miljøer og kontekstuelle faktorer og kan derfor også anvendes fra et socialkonstruktivistisk ståsted. Ligeledes kan professionsidentitet forstås som en social konstruktion, der er formet af en række bagvedliggende faktorer, såsom magtforhold, traditioner og normer. Hjort fremhæver, at professionsforståelser ofte er begrænsede, og ikke nødvendigvis tager højde for den bredere kontekst, og Beck bidrager med en mere dybtgående diskussion, der udfordrer traditionelle opfattelser af dominerende vidensgrundlag.

Kapitel 8

Analysedel 1: Tematisk indholdsanalyse

8.1. Analysestrategi

I denne analysedel anvender jeg empiri fra fire semistrukturerede interviews (bilag 6). Selvom jeg har en forforståelse for genstandsfeltet i min problemstilling, anvender jeg en induktiv tilgang, hvor jeg lader empirien styre min tematiske indholdsanalyse (figur 8.1.). Det betyder, at jeg først indsamler empirien uden at have foruddefinerede teorier eller temaer i tankerne.



Figur 8.1. Analysestrategi.

De observerede temaer og mønstre dannede grundlaget for at kategorisere og strukturere empirien. Herefter blev min teoretiske ramme udvalgt. For at skabe refleksion og udlede mening fra empirien integrerer jeg min teoretiske ramme i analysen. Den teoretiske ramme fungerer som et konceptuelt grundlag for at fortolke og drage konklusioner baseret på den analyserede empiri.

8.2. System og kultur

Et gennemgående tema i de fire interviews var, hvordan systemiske og kulturelle rammer udfordrede integrationen af klima. Alle informanter var enige om, at klimaforandringerne i højere eller mindre grad falder inden for det lægefaglige område, men at *systemet* kan vanskeliggøre integrationen af emnerne klima og sundhed. Med *systemet* menes der den komplekse struktur, der udgør regler, processer, institutioner og normer. Disse systemer omfatter både politiske, økonomiske og kulturelle aspekter. Den medicinstuderende understreger i nedenstående citat systemets rolle i integrationen af sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed inden for det lægefaglige område og i uddannelsen af fremtidens læger:

“Jeg synes det hører til på Sundhedsstyrelsesniveau og jeg synes det hører til på højeste uddannelsesniveau. Jeg synes det hører til inde i dekanatet, at de siger vi skal have klima ind alle steder. Også på vores sundhedsfaglige uddannelser. Fordi det er så strukturel en krise og fordi det bliver, tror jeg, enormt omfattende for det at være læge i fremtiden. Og det bliver vi nødt til at blive klædt på til.” (Medicinstuderende).

Den medicinstuderende henviser til klimaforandringerne som en strukturel krise, der har konsekvenser for måden, læger arbejder på i fremtiden. Der udtrykkes et behov for en ændring af den sundhedspolitiske agenda, hvor klimaet i højere grad tages i betragtning. Samtidig understreges uddannelsesniveaueet såsom dekanatet, som vejen mod en integration af emnerne. Nedenstående citat af studielederen fra Panum Institutet forklarer, hvordan uddannelsen af fremtidens læger skal følge og tilpasse kompetenceprofilen efter samfundsudviklingen, men antyder samtidig, at det fastlåste system udgør en barriere:

“I forhold til kompetenceprofil, så er det jo væsentligt, at hvis samfundet udvikler sig, så skal det, som de medicinstuderende og de kommende læger skal kunne, også udvikle sig. At vi også på en eller anden måde er dynamiske inden for et forholdsvis rigidt system, der godt kan gøre det lidt svært at ændre rigtig meget på meget” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Citatet indikerer, at de aktuelle omgivelser er en del af overvejelserne i udformningen af danske lægers uddannelse og udviklingen af den nye studieordning, som informanten arbejder på. Samtidig påpeges det, hvordan et rigidt system kan udfordre forandring og evnen til at agere dynamisk. Bestyrelsesmedlemmet i Læger for Klimaet anfægter også systemet som en barriere i forbindelse med at integrere klimavenlige tiltag på den sundhedspolitiske dagsorden. Eksemplet illustrerer de led, som Læger for Klimaet skulle igennem for at lave et påbud om at inddrage CO₂-udslip i indkøb af en astma- og KOL-inhalator. Dette på trods af evidens og beregninger, der viste, at den ene inhalator var væsentlig mere effektiv, bruger- og klimavenlig end alternativet.

“Vi gik så videre til regionen, som er dem, der fortæller os praktiserende læger, hvad for noget medicin er første prioritet i forhold til pris og effekt. Vi kunne så godt tænke os, at den liste også tog stilling til klima som en faktor. Regionerne sagde, at det kan vi ikke [...] Så vi gik til Sundhedsstyrelsen, og havde et møde med dem, og de sagde, at vi skal have det højere oppe fra. Så vi måtte invitere os selv til et møde hos Sundhedsudvalget i Folketinget, og fremlægge det her for dem. De sagde, at det lyder som en fin idé, at vi laver nogle tiltag. Så fik Sundhedsstyrelsen påbud om, at det her skulle være en del af deres vurdering [...] Nu har vi så for et halvt år siden fået nyhedsbrev om, at når vi vælger inhalationsmedicin, skal vi ikke kun kigge på pris og effektivitet, men også et klimaaftryk. Så det er for at vise, at det kan være tungt at ændre en enkelt ting, fordi den går igennem rigtig mange led i vores sundhedsvæsen.” (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Eksemplet indikerer en systemisk barriere mod forandring, og at indførelse af et påbud var en lang og vanskelig proces. Nedenstående citat, fra samme informant, understreger udfordringen i at navigere i de mange led og instanser, man skal igennem for at integrere klima og sundhed:

“Det skal laves om, og det tager noget tid. Det tror jeg er udfordringen. En ting er, at man er begyndt at indse, at der er noget, der kan ændres. Men til at tage fat på det og ændre det, der er der bare så mange led, der skal ind over. Og mange arbejdsgrupper, og mange afdelinger, og region, og så videre. Så det tager bare tid.” (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Citatet belyser, at selvom man begynder at erkende klimakrisen som en sundhedskrise, kræver en ændring i det nuværende system en stor og tidskrævende arbejdsindsats. Ifølge Giddens er en samfundsmæssig ændring en udfordring grundet systemets kompleksitet (Giddens, 2011 s. 2-3). Kompleksiteten skyldes de mange involverede aktører såsom myndigheder og institutioner med egne interesser og agendaer, hvilket kan vanskeliggøre udformningen af en fælles vision.

Handling på baggrund af en bestemt problematik påvirkes af flere faktorer, blandt andet systemets opfattelse af problematikens vigtighed (Giddens, 2011 s. 3-4). Nogle problematikker, såsom digitalisering, anses for mere presserende og prioriteres højt på uddannelsesniveau på grund af det organisatoriske pres fra arbejdsgivere, hvilket beskrives af studielederen fra Panum Institutet:

“Men det er jo også et aftager-drevet system. Altså at der er nogle aftagere fx regionerne, som er sygehusejer i det her land, som har en forventning om, at når en læge kommer ud, så kan en læge også finde ud af at kende indikationer af en elektronisk specialjournal. Altså alle de der ting. Så der er ligesom den der sense of urgency i forhold til det. Så digitaliseringen går ret godt. Med hensyn til klimabæredygtighed og så videre, der er jo ikke samme organisatoriske pres.” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Citatet fra studielederen belyser, hvordan systemet og det organisatoriske pres former til- og fravalg i implementeringen af emner i pensum. Dette forekommer som et eksempel på Giddens' paradoks om, at beslutninger ofte træffes på baggrund af nutidens behov, fx teknologiske færdigheder, fremfor

fremtidens behov. Citatet viser også, hvordan regioner er med til at forme lægens rolle og ansvar i integrationen af klimaforandringerne og sundhed. Ifølge Hjort kan dette resultere i etableringen af en kultur, hvor visse typer af viden og færdigheder anses for at være mere centrale end andre, og opnåelsen af disse medvirker til at legitimere og fastholde professionens status (Hjort, 2011 s. 197-198). Der inddrages ligeledes et perspektiv om et aftagerorienteret system, som afspejler Hjorts professionsanalyse om, at magtfulde institutioner konstituerer og definerer vidensudviklingen på universiteterne (Hjort, 2011 s. 8) Der forekommer altså en forståelse af, at systemet bidrager med at konstruere en lægefaglig kultur, gennem et organisatorisk pres. Den ph.d.-studerende kommer med et eksempel fra ortopædkirurgien:

“ ... kirurgien er fyldt med traditioner og kultur, og selvfølgelig er der også meget, der er evidensbaseret, men der er også selvfølgelig nogen, der kan være skeptisk overfor, eller nogen, der måske også kunne være bekymret for, om man går ind og ændrer på et eller andet ... ” (Ph.d.-studerende).

Citatet indikerer, at der i kirurgien hersker en bestemt kultur og tradition, der hviler på en evidensbaseret praksis. Dette kan være med til at skabe en skepsis overfor nye tiltag, der ikke værner om den etablerede evidensbaserede praksis og tradition. Dette taler ind i Hjorts teori om, hvordan det evidensbaserede videnssystem er med til at legitimere professionen ved at knytte dens praksis til en samfundsmæssig anerkendt og holdbar viden (Hjort, 2011 s. 61). På den måde viser citatet, hvordan den lægefaglige profession er underlagt kulturer og traditioner. I forlængelse heraf peger Giddens på, at en omstilling til en mere bæredygtig systematisering af samfundet kan true den kulturelle identitet hos bestemte grupper, hvilket skaber en modstand og en forsinkelse i implementeringen af bæredygtige tiltag. Dette skyldes ikke nødvendigvis, at de involverede parter ikke ser relevansen for ændring, men at traditioner og vaner er svære at bryde med (Giddens, 2011 s. 1-3). Ovenstående citat fra den ph.d.-studerende sætter særligt kirurgien i fokus, og informanten begrundede dette område som sit fokuspunkt:

“Og grunden til, at jeg kigger på kirurgien, det er, at litteraturen tyder på, at der er selvfølgelig forskellige ting, der fylder i forhold til miljøaftrykket for hospitaler, men vi kan se det særligt er forbruget, der fylder. Herunder lægemidler fylder også rigtig meget [...] og der er andre, der har fremhævet kirurgien som en vigtig bidragsyder, og desværre findes der ikke nogen undersøgelser inden for ortopædkirurgien [...] i hvert fald hvis man kigger på omfanget af ressourcer, der bliver forbrugt i forbindelse med den type kirurgi.” (Ph.d.-studerende).

Informanten forklarer, hvordan forbruget i sundhedsvæsenet er en bidragsyder i forbindelse med CO2-udslip. Også den medicinstuderende anfægter sundhedssystemets tilgang til forbrug:

“Altså så vores sundhedssektor har også noget at sige i forhold til, hvor kan vi begrænse. [...] Altså, fordi der er også masser af plastikkopper ude på afdelingerne. Det er jo hul i hovedet,

for der er jo også masser afdelinger, der ikke har plastikkopper. Så er det ikke en hygiejnemæssig ting. Så er det jo en dumhedsmæssig ting." (Medicinstuderende).

Dette indikerer, at der ikke eksisterer en bevidst klimaindsats fra sundhedssektoren, der rækker ned på afdelingsniveau. Ligeledes fremhæver den medicinstuderende det modstridende argument om hygiejne, da hun understreger, at ikke alle afdelinger gør brug af engangskopper. Det store forbrugsmønster rækker dog ud over sundhedssystemet, hvilket afspejles i nedenstående citat fra bestyrelsesmedlemmet i Læger for Klimaet:

"Det er som, at man køber ting i en butik, og så går man hjem og forbruger. Sådan er det jo også for mange læger, tror jeg. Man sidder overfor patienten, man bestiller en udredning eller giver en behandling, og så tænker man fint. Men man glemmer lidt at tænke på, hvad der er sket forud for, og hvad der sker efterfølgende." (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Citatet underbygger problematikken i sundhedsvæsenets kultur om at forbruge og smide væk. Dette kan ifølge Giddens kaldes fremtidig diskontering, da der tages mere højde for det kortsigtede og håndgribelige behov end fremtidige abstrakte konsekvenser (Giddens, 2011 s. 2-3). I den forbindelse peger Giddens på kapitalismens selvopretholdende økonomiske system som en barriere i kampen mod klimaforandringerne (Giddens, 2011 s. 139-140). Som bestyrelsesmedlemmet siger: *"Det er rigtig svært at være klimabevidst og stadigvæk være ret kapitalistisk orienteret."* (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Fremtidig diskontering ses også i sammenhæng med medicinstudiets pensum, hvor klimaforandringerne er fraværende. Den medicinstuderende forklarer, at hun møder en barriere i forbindelse med pensum, hvad angår integrationen af klimaforandringerne:

"Jeg møder den manglende undervisning som udfordringer. Ja og jeg havde infektionsmedicin for et halvt år siden, og det er jo virkelig et felt, som er klimakrise-tungt, hvis man kan sige det [...] jeg skrev til kursuslederen bagefter: hey, jeg synes det er mega oplagt. Hvorfor er det ikke en del af det, og han sagde, at det har du ret i, det er jo mega oplagt. Vi har 3 uger. Vi kan ikke. Jeg synes du er ret i at det er oplagt, men vi kan ikke inkorporere det som det er nu." (Medicinstuderende).

Den medicinstuderende påpeger vigtigheden af at integrere klimaforandringerne i pensum, idet manglende undervisning udgør en udfordring for sammenkoblingen af emnerne. Kursuslederen anerkender emnets relevans, men påpeger, at det ikke er muligt at inkludere emnet på nuværende tidspunkt, da der allerede er et betydeligt pres på pensum. Nedenstående citat fra studielederen giver indblik i, hvordan midler prioriteres, og hvordan dette afspejles i medicinstudiets pensum. Studielederen blev spurgt, hvordan man kan imødekomme inddragelsen af klima i et pensum, som de studerende i forvejen synes er meget presset.

“At alle vil snakke om velfærd og sundhed og sådan noget, og kultur er ligesom et luksus-issue ved siden af, som alle er enige om er super super vigtigt, som alle er enige om, vi jo egentlig måske er centralt for vores trivsel i bund og grund, men når det kommer til kerediskussionen af, hvor er det vi skal prioritere vores midler, så er det ligesom derinde. Og så er det lidt med det her også og det medicinske curriculum.” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Der ses en anerkendelse af kulturens relevans for vores trivsel, men at den samfundsmæssige tendens, om at rette midler mod mere synlige og håndgribelige løsninger fremfor mere abstrakte og langsigtede behov, udfordrer integrationen af emner som klimaforandringerne.

8.2.1. Delkonklusion

Det danske sundhedssystem og lægekulturen fremgår som både en barriere og en mulighed for at udvikle større integration i klima og sundhed inden for lægeområdet. Informanterne anerkender, at klimaforandringerne falder inden for det lægefaglige område, hvilket skaber en mulighed for at adressere problemstillingen i relation til det lægelige ansvar. Dog er der også identificeret systemiske barrierer såsom et rigidt system, organisatorisk pres og etablerede kulturer og traditioner inden for lægefaget, der forhindrer en effektiv integration. For at udnytte mulighederne er der behov for ændringer på blandt andet uddannelsesniveaet og i den sundhedspolitiske agenda, som understreger Giddens’ teori om, at fremtiden er i hænderne på politikerne. Samtidig ses det, at en overvindelse af de systemiske barrierer udgør en tidskrævende og kompleks proces, som ikke desto mindre er afgørende for at realisere integrationen.

8.3. Usynlige risici

Gennem de fire interviews identificerede jeg temaet: usynlige risici. Det optræder i alle interviews og dækker primært over, at klimaforandringernes sammenhæng med sundhed ikke er direkte observerbare, hverken fænomenet i sig selv eller dets relevans for lægeområdet. Temaet er tæt knyttet til den danske kontekst, hvor klimaforandringernes påvirkning er uklar, og hvor der er mindre forskning på området. Den ph.d.-studerende blev spurgt om, hvorfor klimaforandringernes sammenhæng med sundhed optræder langt mere på den udenlandske vidensscene, hvortil hun svarede:

“... jeg var ude og undervise, hvor der var nogen, der spurgte, hvorfor det er kommet så sent i Danmark, versus sådan et land som England, som har arbejdet rigtig meget både med sammenlægningen mellem klima og sundhed, men også omkring bæredygtighed inden for vores egen sektor, altså sundhedsvæsenet. [...] hvis der laves et klinisk studie i et land, så er det land måske, et af de første til at indføre de ændringer eller ændre deres retningslinjer. Så jeg tror måske, at tidligt har der været både tidsskrifter, men også forskere i England, der har beskæftiget sig med det her. Og det tror jeg har drevet den bevægelse, som vi ser er blevet ret stærk. Den er meget stærk nu i England, vil jeg sige, som en af de førende inden for det her

område indtil videre. Så jeg tror lidt, at vi har manglet det i Danmark, at der var nogen, der tog det her på sig og sagde, nu er det her.” (Ph.d.-studerende).

Her ses en forklaring på distancen mellem Danmark og klimaforandringerne. Citatet viser, at vi inden for vores nationale grænser mangler forskning, der kan sparke initiativer i gang, og hvordan dette har været afgørende i et land som England. Manglen på dansk forskning om klimaforandringerne kan betragtes som en barriere for at integrere emnet i sundhedssektoren og dermed inden for det lægefaglige område. Samtidig kan det betragtes som en mulighed, da forskning har været en drivkraft for forandring i et land som England. Den manglende forskning i dansk kontekst italesættes også af bestyrelsesmedlemmet fra Læger for Klimaet:

“Fordi det vi fandt ud af da vi stiftede os selv, det var at der faktisk nærmest ikke er noget data på området. Så det vi hentede var lidt fra England og lidt fra Sverige, men vi havde ikke nogen tal fra Danmark. Og vi er jo ikke ingeniører eller noget andet, så vi kunne ikke regne ud at hvis du laver den her ændring, så sparer du så meget CO2. Vi kunne kun sammenligne nogle af de tal, der var blevet lavet, og det var sådan nogle meget overordnede tal.” (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Her ses et initiativ fra organisationen Læger for Klimaet, der forsøger at producere viden indenfor en dansk kontekst og dermed gøre klimaforandringerne genstand for videnskabeliggørelse. Ifølge Beck er vidensafhængighed og usynlighed elementer, der karakteriserer moderne risikoforhold (Beck, 1997 s. 38). Samtidig peger Beck på, at videnskabeliggørelse skaber en objektivitet, der gør risici immun overfor indvendinger (ibid.). Med dette argument kan mere nationalt forankret forskning, være en stor mulighed for at integrere emnet inden for lægeområdet. Desuden kan dette sættes i relation til foregående analysedel om *system og kultur*, da Becks begreb om videnskabelig immunitet kan have en systematisk effekt på toneangivende og magtfulde aktører. Samtidig kan videnskab ændre måden hvorpå vi betragter risici, der ellers opleves som geografisk og tidsmæssigt adskilt fra os (ibid.). De usynlige danske risici kommer også til udtryk i nedenstående citat fra studielederen:

“Vi har jo nok lidt det problem, hvis vi skal sige det sådan, at Danmark jo nok er lidt smørhulsagtig i den forstand. Altså at det måske ikke påvirker os supermeget, det er måske ikke åbenlyst, at vi får rigtig mange klimaflygtninge, og vores sygdomsprofil ændrer sig måske en lille bitte smule, men ikke supermeget. Så på den måde kan man sige, at det her land måske ikke er rigtig inviteret til det, fordi vi er jo ikke et sted, hvor der pludselig kommer en milliard tornadoer, eller at det hele bliver oversvømmet, fordi det kommer nok ikke lige til at ske. Så det kan godt koste lidt på motivationen for dem, der skal tage det ind.” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Det fremgår af citatet, hvordan Danmark kan mangle incitament til at handle på klimaforandringerne sammenlignet med lande, der oplever mere drastiske ændringer som følge af et klima i forandring. Trods forskning viser, at Danmark er i risiko for oversvømmelser og andre klimamæssige vejrforhold,

opfattes Danmarks relation til klimakrisen som mere optimistisk. Det indikerer ligeledes, at klimaforandringernes sammenhæng med det lægefaglige område er uklar, hvorfor emnet ikke er en del af *hverdagsbevidstheden*. Ifølge Beck må usynlige risikoforhold bevidstgøres gennem videnskabelig viden og en holistisk tilgang til risici kan være med til at afmystificere klimaforandringernes teoretiske status (Beck, 1997 s. 69-72). I citatet ovenfor ses det, hvordan klimakrisens effekt på Danmark har en spekulativ relation til vores betingelser. Med Becks teori om negativ usynliggørelseslogik kan dette være et udtryk for, at der eksisterer en dominerende fortolkning af virkeligheden, der undervurderer risikoforhold, fordi de ikke kan iagttages af mennesket (Beck, 1997 s. 37). En forklaring kan også være, at vi i Europa ikke forbinder eller omtaler oversvømmelser, hedeølger og andre ekstreme vejrforhold som en konsekvens af menneskets drivhusgasemissioner, og derfor har et mere abstrakt forhold til klimakrisen.

Den manglende bevidsthed om klimaforandringernes sammenhæng med sundhed opleves som en udfordring af den medicinstuderende. Det forklares i nedenstående citat, at visheden om, at klimaforandringerne rammer Danmark, har stor relevans:

“Men det er også, fordi jeg egentlig tænker, målet bliver at skabe bevidsthed i første omgang. Altså så er det ikke så vigtigt, at vi kan sige præcis, hvor kommer malariamyggene til eller hvor kommer malariaparasitten til at nå op til. Men det er vigtigt, visheden om det. Så på den måde tænker jeg ikke tidsmæssigt bliver det nødt til at tage stort rum eller en stor klods. Det kunne være megalækkert og fedt. Men i første omgang tænker jeg bare, det er vigtigt, at der en sammenhæng, der tydeliggøres.” (Medicinstuderende).

Her forekommer en forståelse af, at fokus i første omgang bør være at skabe en opmærksomhed på den overordnede sammenhæng og alvoren i klimaforandringerne, før man går i dybden med de konkrete relationer til Danmark. Den medicinstuderende ser gerne klima indgå i samtlige kursusbeskrivelser på sit studie, men forklarer, hvorfor basal vished i første omgang må være det vigtigste element i integrationen af klimaforandringerne på studiet:

“Og fordi der er så meget læsestof, tror jeg, at mekanismen er, at så kan man ikke tage mere ind. Jeg skal ikke lige pludselig lære alt muligt ekstra end pensum. Så skal jeg drikke nogle bajere og hygge med mine venner, når jeg har fri. Jeg skal ikke lære ekstra.” (Medicinstuderende).

Her sættes medicinstudiets store pensum igen i fokus. Bestyrelsesmedlemmet i Læger for Klimaet er et godt eksempel på, hvad synlighed og mærkbare konsekvenser kan gøre for at skabe bevidsthed om klimaforandringerne. I nedenstående citat fortæller bestyrelsesmedlemmet om sit ophold i New Zealand, som fik hende til at engagere sig i sammenhængen mellem klima og sundhed:

“Jeg sad faktisk i New Zealand, hvor jeg arbejdede i to år [...] Det var egentlig også der min interesse for klimaet egentlig begyndte. Det var i hvert fald det, der satte skub i det hele. Det var sådan at vi boede på en ø i New Zealand 40 minutters sejlads fra fastlandet [...] Vi havde en septiktank, så alt det vi kom i toilettet og fra bruseren og i vasken havnede i septiktanken, som så blev skyllet ud og havnede længere nede tæt på den strand, vi badede i om eftermiddagen. Så det der gik op for mig under det ophold var simpelthen, at der er en sammenhæng mellem alt hvad vi foretager os og det har konsekvenser. Og det mærker man ikke helt på samme måde i Danmark, hvor man køber noget i et supermarked. Det er der, man ikke tænker over, hvor det er kommet fra.” (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Citatet kan relateres til Giddens, der peger på, at samfund og nationer sjældent handler, medmindre risikoforholdene direkte kan erkendes eller sanses af den enkelte. For at imødegå konsekvenserne, umiddelbart inden de finder sted, må man gøre brug af proaktiv tilpasning. Dette involverer at identificere og tage hånd om de underliggende problemer i forbindelse med klimakrisen, samt de risici og sårbarheder, der følger med (Giddens, 2011 s. 164). Proaktiv tilpasning kan være en tilgang, der får Danmark til at reflektere over udviklingsmuligheder og investere i resiliens, hvor det giver mening fx inden for sundhedsområdet.

“Jeg tror egentlig lidt, at det vi mangler nu, det er måske lidt mere viden omkring nogle af de her områder, særlig måske også i et dansk perspektiv. Og det kræver, at universiteterne, men altså til dels også myndighederne, altså sådan noget som Sundhedsstyrelsen, det vil jeg også synes, kan give rigtig god mening, som sådan en rådgivende, uvildige institution, og de har jo også arbejdet langt mere med det her, måske rigtig meget fra et adaptionsperspektiv. Altså jeg savner rigtig meget, at der er noget mere viden omkring, hvordan global opvarmning, hvordan vi forventer, det påvirker Danmark over de næste år. Også i forhold til forskellige scenarier, hvad betyder det i forhold til infektionssygdomme, hvad betyder det, at vi får flere ældre, som er meget skrøbelige i forhold til de her hedebølger, vi oplever. Altså prøv at få nogle tal og data på, hvad det er for en verden. Vi, også i et dansk perspektiv, skal se os imod, og måske det også betyder, at vi skal indrette vores sundhedsvæsen anderledes, det ved jeg ikke, men det er sådan en rolle, som jeg synes, Sundhedsstyrelsen måske fint kunne udfylde, og være nogle af dem, der prøver at lave nogle analyser på, eller inviterer til et samarbejde med universiteterne om at få sådan en analyse af, hvad går vi egentlig imod i forhold til klima og sundhed.” (Ph.d.-studerende).

Citatet rummer flere muligheder og barrierer for integrationen af klimaforandringerne på det lægefaglige område. Behovet for mere viden i en dansk kontekst understreges endnu en gang. Den ph.d.-studerende foreslår et større samarbejde mellem institutioner som universiteterne og Sundhedsstyrelsen i udviklingen af forskning og analyser, hvilket er i tråd med Giddens' perspektiv om samarbejde (Giddens, 2011 s. 164-165). Samtidig tales der direkte ind i, hvordan proaktiv tilpasning bør indtænkes i dansk kontekst. Ifølge Giddens er det afgørende, at sundhedssektoren inddrages, og at vi anerkender, trods en kynisk indstilling til beslutningstagere, at fremtiden ligger i hænderne på politikerne (ibid.). Dette ses også i citatet, da informantten peger på det ansvar, som Sundhedsstyrelsen burde varetage og forvalte i forbindelse med integrationen. Den ph.d.-studerende har et generelt fokus på muligheder fremfor katastrofale virkninger af klimakrisen, hvilket ifølge Giddens er en vigtig

faktor for at optimere afbødningsstrategier (Giddens, 2011 s. 164). Der forekommer altså en forståelse af, at klimaforandringerne fortsat er en usynlig risiko, både i sin fysiske form men også blandt beslutningstagere og dermed også i vidensdiskussionen. Beck peger på, at risikosamfundet kalder på en grænseoverskridende og basisdemokratisk udviklingsdynamik, som sætter menneskeheden i en fælles situation (Beck, 1997 s. 63-64). Så selvom vi nationalt kan have svært ved at se relevansen grundet manglende evidens og synlighed, ophæver risikosamfundet Danmark som en uberørt zone. Som vi trues af selvødelæggelse, må utopien om et mere globalt samfund træde i kraft, af den simple årsag, at det er nødvendigt (ibid.). Man kan argumentere for, at iværksættelsen af internationale forhandlinger og aftaler som fx Parisaftalen er skabt på baggrund af et farefællesskab, som tyder på en tendens om et mere globaliseret samfund.

8.3.1. Delkonklusion

Det identificerede tema om usynlige risici dækker over manglen på direkte observerbare sammenhænge mellem klimaforandringer og sundhed inden for både det lægefaglige område og den danske kontekst. Manglen på dansk forskning og viden om emnet udfordrer integrationen af klimaforandringer i sundhedssektoren. Imens den manglende forskning kan udgøre en barriere, kan det også betragtes som en mulighed for at øge forskningen og skabe opmærksomhed omkring klimaforandringernes konsekvenser. I fx England har forskning og mere evidens banet vejen for integrationen af klima og sundhed og motiveret til handling. En større bevidsthed om klimaforandringernes sammenhæng med sundhed er afgørende, og en holistisk tilgang kan bidrage til at afmystificere de usynlige risici og integrere dem på medicinstudiet i Danmark.

8.4. Viden og samarbejde

Et fremtrædende tema blandt informanterne var den manglende dialog mellem eksperter, institutioner og organisationer om, hvordan viden om klimaforandringerne bør inkorporeres på det lægefaglige område. Denne analysedel forbinder tema 1 og tema 2 ved at udforske, hvordan diskussionen om viden er forankret i systemer og kulturer, og hvordan vores opfattelse og håndtering af usynlige risici påvirker legitimeringen og distributionen af viden inden for lægeområdet. Derudover inddrages en kritisk refleksion over de herskende sundhedsforståelser, og hvorvidt disse kan repræsentere et aktivt paradigmeskift.

Et fremtrædende element i dette tema er, at viden om klimaforandringerne inden for lægefeltet er mangelfuldt eller helt fraværende.

“Jeg oplever også, at når jeg møder medicinstuderende, så siger de: Hvad har sundhed og klima med hinanden at gøre? Altså, folk aner det ikke.” (Medicinstuderende).

Her indikeres det, at klimaforandringerne ikke er integreret på medicinstudiet, hvilket skaber en mangelfuld indsigt i sammenhængen mellem klima og sundhed blandt de studerende. I nedenstående citat peger den medicinstuderende på behovet for en mere holistisk tilgang til sundhed, der tager højde for klimafaktorer:

“Men altså jo mere holistisk man tænker sundhed, jo mere tilbøjelig ting er man til at tænke i: Hvad gør klimaet? Hvad betyder det for klimaet?” (Medicinstuderende).

Det ses, hvordan en bredere sundhedsforståelse kan føre til en større bevidsthed om sammenhængen. Samtidig kan det antyde, at den lægefaglige profession ikke altid tænker sundhed på en holistisk måde:

“Og der tænker lægerne bare lidt sådan: det er jo ikke lægefagligt, altså. Og så tror jeg, at så bliver der afskrevet den der. For hvad har det at sige om sundheden? Det ved vi ikke, fordi vi har ikke noget evidens for det. Så jeg tror, at jeg tror, der er noget af det, der er en mangel på sprog og mangel på integration af klimaet i sundhedsforståelserne. Det er en meget firkantet lægeverdenen, vi er i. Er der evidens eller er der ikke?” (Medicinstuderende)

I citatet kalder den medicinstuderende lægeverdenen for firkantet og karakteriserer den lægefaglige profession ved at basere sin praksis på evidensbaseret videnskab. Ifølge Beck må man imødegå usynlige trusler ved at skabe en sammenhængskraft mellem den naturvidenskabelige viden om risici og samfundsmæssig tænkning. På den måde kan man nuancere sundhedsforståelser og bringe viden om kausalitet ind i hverdagsbevidstheden (Beck, 1997 s. 38-39).

Der kan argumenteres for, at der foreligger meget evidensbaseret viden om klimaforandringernes sammenhæng med sundhed, men at denne viden kan være vanskelig at omsætte til handling. Den ph.d.-studerende arbejder med at udvikle data om processer i sundhedsvæsenet. Mere konkret forsker hun i ortopædkirurgien og anvender metoden life-cycle assessment, som vurderer og kvantificerer de processer, der er involveret i produktionen af en enhed.

“Så det er ligesom der udgangspunkt, og så er tanken jo selvfølgelig, at prøve at se om man kan gøre det nemmere og bedre for andre at bruge den her metode i fremtiden, så andre kan kigge på de forskellige kirurgiske indgreb og se, hvordan man relativt nemt kan identificere, hvad det er, vi skal arbejde med fremadrettet.” (Ph.d.-studerende).

Som redegjort for i kapitel 2 om sundhedsforståelser er viden en væsentlig komponent til forandring. Det er imidlertid vigtigt, at denne viden også er handlingsorienteret, og i denne sammenhæng kan det argumenteres, at den ph.d.-studerendes arbejde med at introducere alternative metoder til indsættelsen af hofteproteser, netop imødekommer dette krav om handlingsorienteret viden. Som der også blev redegjort for i kapitel 2, hviler den lægefaglige profession på positivistisk og biomedicinsk viden, og derfor kan kvantificerbare data være afgørende for at introducere klima til lægefaget.

“Det, der rammer os, det er ikke så dramatisk som det, vi ser rundt omkring i verden. Som oversvømmelserne i Pakistan, bare for at tage et eksempel, som jo er en massiv klimakatastrofe. Men det er bare lidt svært, hvordan skal det ligesom, altså hvad relevans har det egentlig for en dansk medicinstudent i København? Det er jo det, der kan være lidt udfordringen, det er jo, hvordan pokker gør vi det relevant.” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Citatet giver indblik i, hvordan en mangel på evidensbaseret viden om klimaforandringernes sammenhæng med sundhed gør det udfordrende for læger eller medicinstuderende at se relevansen af klimamæssige problemstillinger i forhold til deres egen profession. Dette trækker tråde til analysedel 2 om usynlige risici, hvor klimaforandringernes konsekvenser ikke følte nærværende i dansk kontekst. Samtidig kan det være et udtryk for, at den viden, der findes om klimaforandringerne ikke tilbyder et handlingsorienteret aspekt.

“Jeg tror, det var det samme der skete under Corona, Sundhedsstyrelsen var enormt tilbageholdende, fordi der ikke var evidens, men det var fordi der ikke var oparbejdet evidens endnu. Jeg tror, det er meget det samme, der sker med klimaet.” (Medicinstuderende).

Her ses et eksempel på, hvordan den evidensbaserede praksis også hersker på myndighedsniveau. Den medicinstuderende sætter klimaforandringerne i relation til Sundhedsstyrelsens tilbageholdende tilgang til Covid-19 pandemien. Samtidig kan der sættes spørgsmålstejn til sammenligningen, da der under pandemien blev truffet nogle ret drastiske beslutninger om fx nedlukninger. Ikke desto mindre peger Giddens på, at handlingslammelse og manglende politisk vilje er med til at forme rammerne for, hvordan en problemstilling tackles (Giddens, 2011 s. 164-165). Med dette kan der skabes en forståelse af, at manglende viden om problemstillingen påvirker lægens forpligtigelse til at handle på baggrund af klimaargumenter. Den ph.d.-studerende oplever et engagement på strukturel plan, men påpeger også manglen af evidensbaseret og handlingsorienteret viden:

“... jeg oplever, der sker meget på ledelsesniveau og på administrationsniveau i sundhedsvæsenet, særlig på hospitalerne. Politikerne vil gerne det her, og der bliver investeret ressourcer i at få personale til at arbejde med det. Men os der arbejder klinisk på gulvet, vi har måske ikke altid den samme tid, og nogle har ildsjæle, og nogle har interesse, og nogle har mindre interesse. Men vi har ingen viden. Hvis nu der er nogen, der kommer ind på en hospitalsafdeling og siger, nu skal vi blive grønne, så kigger alle mod skraldespanden og siger, så lad os sortere vores affald [...] Der skal jo meget mere til end det [...] Så der skal noget mere viden til, før vi som sundhedspersonale kan finde vores rolle i det der” (Ph.d.-studerende).

Trods en oplevelse af stor vilje i sundhedsvæsenet er det kliniske arbejde med bæredygtighed præget af manglende viden omkring, hvordan man bør tilrettelægge en indsats, der bidrager med effektive og positive løsninger. Manglen på handlingsorienteret viden om klimaforandringerne gør det svært for det kliniske personale at identificere deres rolle i at tackle problemstillingerne.

Det er alment anerkendt i professionsforskning, at det er svært at definere en profession helt præcist, hvorfor man i stedet kan forsøge at identificere fællestræk, der karakteriserer professionen. Som beskrevet har strukturelle forhold og politisk incitament stor indflydelse på udviklingen af professionens virke, og vidensgrundlaget præges i særdeleshed af samfundets magt og normer (Hjort, 2011 s. 60-61).

“Vi kan da argumentere rigtig meget for, at er den her til bunds skårende af anatomiundervisning, at den skyder den over målet, og det biokemi, man lærer på Medicinsk Universitet, at det er bare for meget. Men det er bare en rigtig svær diskussion, fordi det ligger i kernefagligheden. Og kun i den her menneskekrop i så detaljeret grad. Så hvis du skal rykke på det, så rykker du i kernefagligheden. Det er jo ikke det nemmeste i verden at rykke på kernefaglighed.” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Citatet beskriver medicinstudiets vidensgrundlag ved at indikere, at lægerne modtager en omfattende uddannelse, der primært fokuserer på naturvidenskabelige discipliner, såsom anatomi og biokemi. Disse discipliner er afgørende for at forstå kroppens funktion, og udgør ifølge studielederen en del af lægens kernefaglighed. Beskrivelsen af kernefaglighed er i overensstemmelse med Becks teori, der belyser udfordringen ved at opretholde en balance mellem to modstridende kræfter: kontinuitet og brud (Beck, 1997 s. 14-15). På den ene side fremhæver Beck behovet for kontinuitet, som i denne situation kan forstås som opretholdelsen af lægens etablerede vidensgrundlag og praksis. På den anden side er der behov for et brud med eksisterende normer grundet nye omstændigheder. Derfor kan der argumenteres for, at lægens møde med klimaforandringerne må indebære en kombination af den værdifulde lægelige kernefaglighed, men for at være i stand til at omfavne klimaforandringernes virkelighed må der ske et mindre brud med denne. Desuden fremhæver studielederen lægens samfundsmæssige funktion således:

“Altså ville du have en læge, der kan finde ud af at diagnosticere en brækket albue, eller vil du have en læge, der kan finde ud af at forholde sig til bæredygtighed i sundhedsvæsenet.” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Citatet fremhæver lægens ekspertise inden for diagnosticering og angiver det som en vigtig lægefaglig kompetence. Dette kan forklares gennem Hjorts analyse om en sundhedsfaglig professionsidentitet, som i høj grad rummer et hjælp-ideal eller *altruisme*, der orienterer sig mod det samfundsmæssige fællesskab, og støber det professionelle vidensgrundlag (Hjort, 2011 s. 57). Et af studielederens nuværende ansvarsområder er udarbejdelsen af den nye studieordning, der træder i kraft 2024. Nedenstående er et eksempel på, at jobspecifikke kompetencer må vægtes højest i den kliniske basisuddannelse.

“Vi må også sige, at de fleste medicinstuderende har mere fokus på, at på et tidspunkt kommer jeg ud i den kliniske basisuddannelse, hvor jeg står alene i modtagelsen og skadestuen. Der kommer folk ind med hjertestop og væske i lungerne og alt muligt. De er altså mere fokuseret på at kunne det. Det må vi bare erkende. Og der tror jeg nok, at de har det lidt svært, fordi den her uddannelse alligevel er så jobspecifik. På en eller anden måde er de åbenlyse jobspecifikke kompetencer, som en basis skal have, de ligger forholdsvis langt fra et samfunds globalt klimaperspektiv [...] Det er jo ikke det samme som, at det ikke skal være en del af det.” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Dette citat fremhæver, at lægens kernefaglighed er baseret på de nødvendige kliniske færdigheder og medicinsk viden til præcis diagnosticering og effektiv behandling af patienter. Samtidig anerkendes det, at læger også bør have et globalt klimaperspektiv som en del af deres uddannelse, selvom dette perspektiv ikke direkte relaterer sig til deres jobspecifikke kompetencer. Dette understreges eksempelvis i udarbejdelsen af den nye studieordning, hvor klimasundhed anses som et af lægens bundne elementer:

“Altså vi har nogle elementer, som er bundende opgaver, kan man sige. Og det er jo klimasundhed og bæredygtighed, en af dem [...] kurslusselsansvarlige er jo lige i øjeblikket i gang med at revidere deres kursusbeskrivelser. Og der vil vi jo, for at sige det direkte, vi vil jo sidde og lave tjeklister.” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Selvom studielederen fremhæver klimaets plads i den nye studieordning, ses også en skepsis i forrige citat i forhold til lægens kernefaglighed og dens relation til klimaforandringerne. Hjort peger på, at en samfundsudvikling kan udfordre professionsidentiteten, hvilket betyder, at professionen må udvide sin rolle for at bevare sin ekspertiserådighed. Ligeledes kan lægens altruisme udfordres, hvis ikke professionen forholder sig til forhold som, qua samfundsudviklingen, synes at falde inden for deres kompetenceområde (Hjort, 2011 s. 61-62). Sammenlagt kan de to ovenstående citater fra studielederen være et udtryk for, at lægens professionsidentitet er under forandring. Den medicinstuderende peger på, at medicinstudiet fortsat er præget af en vis biomedicinsk tradition og udtrykker et afsavn til en mere samfundsmæssig forståelse:

“Men jeg oplever ikke tilstedeværelsen af den store etiske og filosofiske tænkning på studiet, og derfor er jeg ret overbevist om man kan svare på, hvordan den gængse medicinstuderende ville forstå det [...] Altså jeg oplever mere sådan en mekanistisk tilgang, altså hvordan kroppen skal fikses. Vi har den her virkningsmekanisme. Vi har det her medicin, vi har det her. [...] Men ikke den store samfundsmæssige forståelse” (Medicinstuderende).

Foregående citat fra studielederen og den pågældende kritik af den mekaniske tilgang til medicin og kroppen kan ses som en udfordring i forhold til at udvide lægens professionelle identitet. Der ses en generel accept af, at lægens kernefaglighed også skal dække over mere samfundsmæssig tænkning og bære mindre præg af naturvidenskabens herskende magt, men at dette ikke bør ophæve lægens eksisterende ekspertise, som fx at diagnosticere en brækket albue.

Det er tydeligt, at implementeringen af nye vidensrationaler er en kompliceret proces. Flere informanter fremhæver det tværvidenskabelige ansvar, og at dette bør indtænkes i problemstillinger om klima og sundhed:

“Nej, det eneste jeg tænker på, det er, at der er Læger for Klimaet, men det er jo bare læger. Jeg synes jo, at der skal også være sygeplejersker, der skal også være laboratoriefolk, der skal være alt muligt. Og farmaceuter og sådan nogle ting, det kunne jo være fedt, hvis man indgik et partnerskab med dem på en eller anden måde. Eller hvis nogen fra DTU eller sådan en som dig, som vakte en interesse for det og kunne hjælpe os med at lave nogle beregninger, eller hjælpe os med at lave analyser, så man [...] viser både sundhedsvæsenet, men måske også politikere og andre, at vi alle sammen støtter op omkring det...” (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Bestyrelsesmedlemmet bidrager til vidensdiskussionen ved at pege på behovet for tværfagligt samarbejde samt inddragelsen af forskellige vidensområder og perspektiver. Ligeledes opfordres der til en mere effektiv indsats på tværs af professionerne. Dette er i overensstemmelse med Becks teori om usynlige risici, der bør løses gennem ekspertviden og tværfagligt samarbejde (Beck, 1997 s. 37-38). Den ph.d.-studerende opfordrer til en udvidelse af det tværfaglige samarbejde til at inkludere andre faggrupper end sundhedsprofessionelle:

“Der er nogen, der forsker i, hvordan man planlægger byer, der er nemmere at cykle i, og så er der nogen, der forsker i, hvordan vi kan få folk til at være mere aktive, fordi vi har et kæmpe problem med inaktivitet. Der er måske nogen, der er byplanlæggere, arkitekter eller ingeniører, og så er der nogen, der har en sundhedsfaglig baggrund. Men de arbejder jo i et stort omfang med fagfølgere, der forenes, og det giver jo på mange måder rigtig god mening. De arbejder jo med sundhed og klima, uden det nødvendigvis er helt tydeliggjort...” (Ph.d.-studerende).

Der udtrykkes et behov for en ny samarbejdsmodel, hvor eksperter fra forskellige områder mødes om at tackle klimaforandringernes sundhedstrusler. Dette er i tråd med Becks teori om, at en større sammenhængskraft mellem naturvidenskaben og samfundsmæssig tænkning kan skabe nye og alternative fællesskaber, hvis visioner grupperer sig omkring de usynlige truslers midte (Beck, 1997 s. 99). Ved at integrere forskellige faglige perspektiver kan man identificere og udforske de mangler og skævheder, der opstår ved at arbejde inden for en enkelt disciplin. Dette bidrager til en mere nuanceret forståelse og en generering af mere holistisk viden.

“Sådan at vi et eller andet sted fusionerer med at fortælle de to dagsordner sammen. Så tror jeg nemlig, altså det er så indlysende. Der er jo ikke nogen, der vil stille spørgsmålstejn. Der er jo ikke nogen, der vil være kritisk overfor om, hvorvidt det gavner klimaet, at vi cykler i stedet for at tage en bil. Og så vil folk jo også sige, at det er jo det samme for sundheden [...] Jeg tror, at forskningen lidt skal bane vejen for det åbenlyse.” (Ph.d.-studerende).

Dette er et eksempel på, hvordan forskning kan være et middel til alternative udviklingsmuligheder og indgå som en aktiv deltager i en problemstilling. Ifølge Beck kan forskning gøre en risiko immun overfor kritiske indvendinger (Beck, 1997 s. 38). Kritikken af den firkantede lægeverden og den evindelige magt af naturvidenskabelig tilgang til lægevidenskaben peger på et opgør med silotænkning. Dette ses blandt andet i studielederens inddragelse af klima i studieordningen og i lægens bundne opgaver, samt den ph.d.-studerendes og bestyrelsesmedlemmets opfordring til mere forskning og tværfagligt samarbejde.

Trods relativt faste systemiske og kulturelle betingelser for lægens rolle i samfundet viser professionen sig altså som foranderlig. Lægens indlejrede altruistiske praksis udfordres af klimaforandringerne, der skaber et tvivlsomt etisk grundlag for den individualistiske tilgang til klinisk praksis. Den nuværende tankegang og adfærd omkring sygdom udgør en sundhedstrussel i fremtiden, hvilket tvinger læger til at udvide deres rolle til mere end behandling og diagnosticering af den enkelte patient. Der kan argumenteres for, at deres indlejrede biomedicinske vidensgrundlag er under et paradigmeskifte.

“Og der kunne jeg jo tydeligt mærke, at stemningen havde ændret sig fra at være forbundet med skepsis, til at være forbundet med nysgerrighed. Også efter klimapolitikken kom frem, og det har jeg jo også hørt formanden for Lægeforeningen sige flere gange, at det har været en af de nemmeste politikker, eller det er en af de politikker, der er blevet taget allerbedst imod.”
(Ph.d.-studerende).

Citatet fra den ph.d.-studerende omhandler indførelsen af Lægeforeningens nye sundheds- og klimapolitik i 2022. Lægeforeningen arbejder med at fremme lægers faglige interesser, og organisationen er en toneangivende aktør (kapitel 3). Derfor kan en klimapolitik muligvis føre til et skifte i lægens praksis og indstilling til deres virke. Samtidig kan dette fordre en ny sundhedsforståelse, hvor vi gentænker vidensrationaler og definitionen på det sunde liv.

“Det er klart at leve et godt liv, er faktisk både mentalt, men også at være i harmoni med naturen. Og have mere tid og alle de her ting, som taler lidt imod den der vækst og kapitalisme.” (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Her præsenteres der et bud på en sundhedsforståelse, der inkluderer naturen. På den måde indikerer bestyrelsesmedlemmet i Læger for Klimaet, at vi må tilgå sundhed på en ny måde, der i højere grad inkluderer vores omgivelser. Samtidig anfægtes systemiske barrierer om vækst og kapitalisme. Her forekommer altså en forståelse af, at et liv i harmoni med naturen ikke kan sameksistere i den nuværende kapitalistiske statsform. Udsagnet kan anses som en mere holistisk sundhedsforståelse i modstrid med den mere sygdomsorienterede og individualistiske lægepraksis.

Paradigmeskiftet opleves også på medicinstudiet, hvor de yngre årgange udviser en anden åbenhed over for sammenhængen mellem klima og sundhed:

“Ja altså jeg oplever at jo tidligere man finder årgangene og jo længere ned i årgangene man går, jo større klimakrisebevidsthed er der, generelt [...] jo yngre man finder folk, jo mere opmærksomme er de på klimakrisen, det er min oplevelse.” (Medicinstuderende).

Den medicinstuderende oplever et andet engagement i klimakrisen blandt yngre generationer. Manglende viden kan imidlertid udfordre denne bevægelse, da det kan være svært at diskutere og handle på noget, man ikke har tilstrækkelig viden om.

“Eller hvad kan faget gøre for at adressere nogle vigtige ting. Det kunne jo f.eks. være begrænse transporten til hospitalet ved at lave online-konsultation, så begrænser du jo CO₂-aftrykket med transport bare for at tage et eksempel. Men som du ved, det er jo også superkomplekst, fordi et datacenter koster altså også rigtig meget CO₂. Så tingene er enormt komplekse, men vi vil i hvert fald gerne have, at folk forholder sig til det.” (Studieleder på Medicin- og Bacheloruddannelsen).

Studielederens udtalelse antyder en bevægelse mod et paradigmeskifte, idet der tænkes på nye måder at håndtere patientkonsultationer på, og i og med at der generelt opfordres til, at kursusansvarlige forholder sig i emnet i deres undervisning. Samtidig inddrages kompleksiteten i klimakrisens løsninger, hvilket understreger vigtigheden i at fremme vidensudviklingen. Ifølge den ph.d.-studerende må specielt to aspekter fremhæves og indgå i udviklingen af ny sundhedsformidling:

“Det er to aspekter, som jeg synes, vi skal have en forståelse for, men det har hver sin prioritering. Den ene ting er det her med at knytte klima og sundhed tættere sammen for en forståelse for mange af de der forebyggelses indsatser vi har også gør noget godt for klimaet, og mange af de ting, vi gør for at forebygge klimaforandringer, har måske også en betydning for vores sundhed. Det der link, det tror jeg, vi skal tale meget tydeligere sammen. Og så skal vi også have en langt større forståelse for, hvordan global opvarmning kommer til at påvirke vores sundhed fremadrettet.” (Ph.d.-studerende).

Det første aspekt indebærer at knytte klima og sundhed tættere sammen for at forstå, at forebyggende indsatser for sundhed også kan have positive effekter på klimaet og omvendt. Det andet aspekt indebærer behovet for en større forståelse af, hvordan global opvarmning vil påvirke vores sundhed i fremtiden. Dette kan ses som et eksempel på Becks ide om videnskabeliggørelse af politiske beslutninger, hvor videnskab indgår som en aktiv deltager (Beck, 1997 s. 306-307). Beck peger på, at dette kan medvirke, at vi i højere grad indfører politikker på baggrund af det, den videnskabelige ekspertises anbefaler (ibid.). Når strukturel magt og normer inddrages i vidensdiskussionen, giver det indblik i de barrierer, der ligger forud for indførelsen af de politikker der kan skabe paradigmeskifte:

“... men det kræver også et paradigmeskifte, eller det der med, at man skal have nogle andre briller på. Fordi rigtig mange tror, og det er også det, der er frygten, vi møder, både i vores

faglighed, når vi er ude rent fagligt og snakker med vores kolleger, men også personligt herhjemme, privat. Folk er simpelthen bange for, at deres livskvalitet bliver taget fra dem. De tror, de får et dårligere liv. De tror, de kommer til at savne, altså afsavne, og tabe noget. Og det tror jeg slet ikke på, man gør. Altså, vores livskvalitet bliver kun bedre, fordi vi kommer til at være mere sunde, og vi bliver fri for en form for afhængighed af noget, som vi ikke behøver længere.” (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Citatet afslører den strukturelle magts tilstedeværelse ved at antyde den generelle opfattelse af, at en kapitalistisk og forbrugsorienteret livsstil er nøglen til høj livskvalitet. Samtidig indikerer det, at vi i samfundet frygter at ændre denne norm eller livsstil i frygt for at miste den eksisterende livskvalitet. Bestyrelsesmedlemmet understreger, hvordan beslutningstagere kan tage større ansvar i den verdensanskuelse der truer klimaet:

“Og hvorfor skal det være nemmere at tage bilen på et kursus, fordi du får kilometerpenge, end at tage et tog? Vi kunne godt tænke os, at man får det retur, der svarer til en togbillet. Og hvis man så vælger bilen, så har man så den omkostning ekstra. At det ikke skal være en fordel at kunne tage en bil frem for et tog eller for at cykle. Og lige nu får du ikke noget for at cykle, selvom du bruger måske dobbelt så lang tid på det. Så der skal ligge nogle tiltag, der gør det nemmere og billigere at tage nogle grønne tiltag, end at tage dem, der forurener mindst” (Bestyrelsesmedlem i Læger for Klimaet).

Dette er imidlertid også et eksempel på Becks begreb om negativ usynliggørelse og positiv tilegnelseslogik. Det at køre bil forbindes med goder, der tilstræbes, i denne forbindelse kilometerpenge, hvilket gør klimavenlige valg, som fx at cykle, mindre fordelagtigt. Når bestyrelsesmedlemmet vender belønningerne på hovedet, kan det være en måde at skabe en positiv tilegnelseslogik forbundet med klimavenlige tiltag. Dette kan anses som et incitament, hvor man belønner med konsumerbare goder, fx penge. På den måde kan en udvidet dagsorden påvirke et paradigmeskifte, hvor klima og sundhed i højere grad tales sammen.

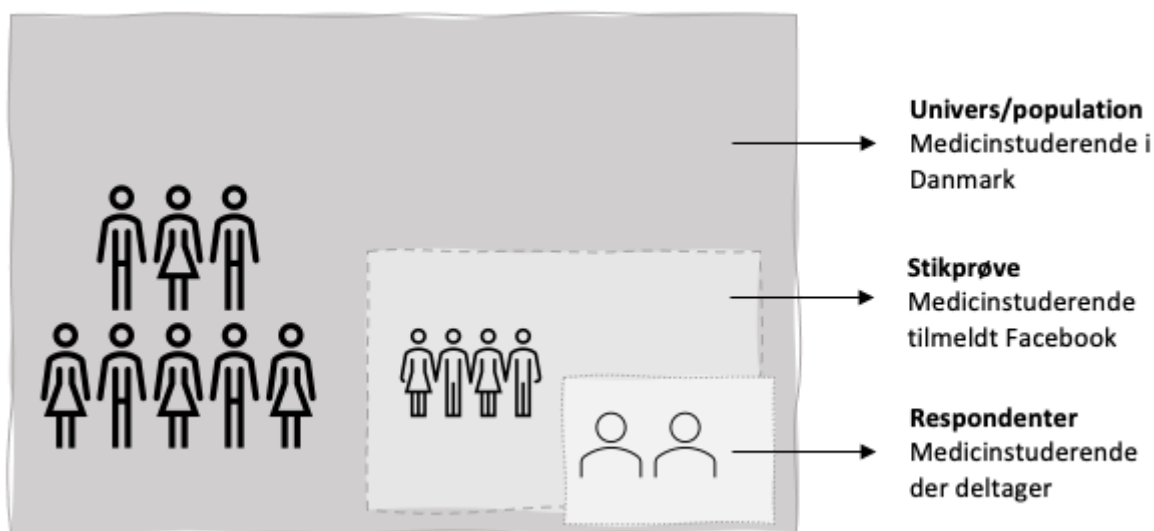
8.4.1. Delkonklusion

I dette tema sættes viden og samarbejde i fokus. Det fremgår blandt andet, at viden om klimaforandringerne er svære for læger og andre sundhedsfaglige at anvende i praksis. Desuden opleves den lægefaglige vidensbasis som firkantet, hvilket kan besværliggøre fokus på klimaforandringerne i deres uddannelse og virke. Der ses et ønske om at udvide lægens professionelle identitet til at inkludere samfundsmæssige perspektiver. Samtidig identificeres en opfordring til tværfagligt og tværprofessionelt samarbejde for at tackle klimarelaterede sundhedstrusler på en mere effektiv måde og skabe en mere holistisk sundhedsforståelse. Problemstillingen fordrer en vidensdiskussion og en reformering af lægens professionsidentitet, hvilket udgør en mulighed for et paradigmeskifte i, hvordan vi definerer det gode liv. En definition, der måske harmonerer og integrerer naturen i højere grad.

Analysedel 2: Statistisk analyse

De analyserede data udgøres udelukkende af gennemførte besvarelser. Ud af de 363, der har deltaget i undersøgelsen, er der i alt 305 gennemførte besvarelser ($n = 305$). Dette udgør svarprocent på 84%.

Det vil sige, at surveyen består af 305 respondenter, hvilket repræsenterer universitet/populationen, som i denne afhandling består af medicinstuderende i Danmark. Med universet eller populationen henvises der til den målgruppe, hvori stikprøven udtrækkes (Frederiksen et al., 2017). I 2021 var antallet af medicinstuderende på 10.709 (Ufm.dk, 2023). Den mulige population består af den del af populationen, som kan udtrækkes og dermed har mulighed for at indgå i stikprøven (Frederiksen et al., 2017). I dette tilfælde består stikprøven af de medicinstuderende, der er tilmeldt og har adgang til de Facebook-grupper, hvor jeg distribuerede spørgeskemaet (figur 8.2.). Respondenterne er altså den del af stikprøven, der deltager i og gennemfører survey-undersøgelse.

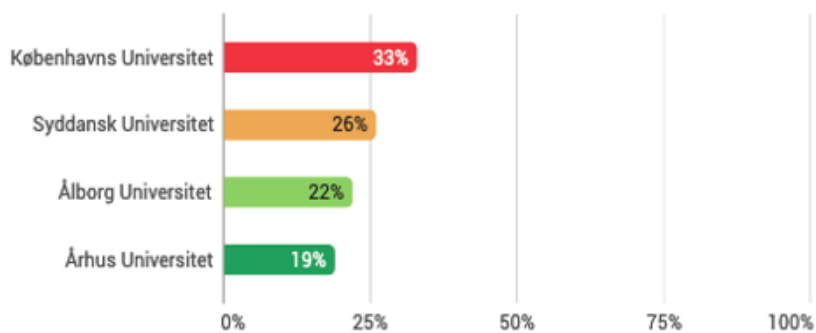


Figur 8.2. Population, stikprøve og respondenter.

Den visuelle præsentation og beregning af data er foregået i Excel og SurveyExact. Disse kan ses i bilag 9, der indeholder mit dataark og regneeksempler. I den deskriptive statistik anvender jeg tests som χ^2 - og T-test, til at analysere sammenhænge mellem to cases eller variabler. De statistiske begreber og anvendelsesformål beskrives ligeledes i bilag 9.

8.5. Deskriptiv analyse

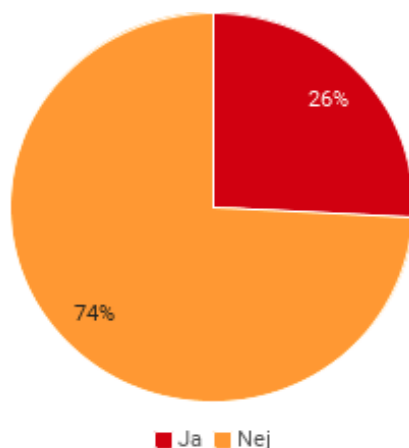
Stikprøven er fordelt mellem de udvalgte uddannelsesinstitutioner, som er præsenteret i nedenstående figur 8.3.



Figur 8.3. Total fordeling af respondenter på universiteter (n=305).

Det ses i figurene, at KU udgør en lille overvægt, og at surveyen indeholder færrest besvarelser fra medicinstuderende ved AU.

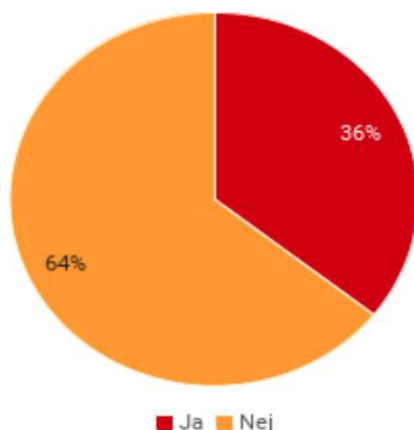
Respondenterne blev spurgt om de er blevet undervist i sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed på medicinstudiet. Ud af 305 besvarelser har 26% oplevet at modtage undervisning i sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed, og 74% har ikke oplevet det (figur 8.4.).



Figur 8.4. Total fordeling over respondenter, der har/ikke har oplevet at blive undervist i sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed (n=305).

På samme måde blev respondenterne spurgt om, de har oplevet at modtage undervisning i sammenhængen mellem klimaforandringerne og specifikke sygdomme. Som vist i figur 8.5. har 36%

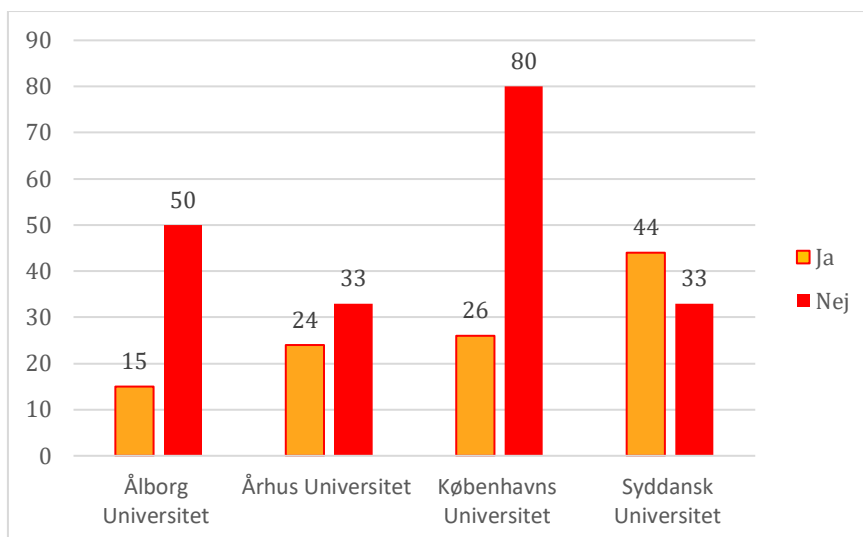
svaret, at de har modtaget undervisning i sammenhængen mellem klimaforandringerne og specifikke sygdomme, imens 64% har svaret, at de ikke har.



Figur 8.5. Total fordeling over respondenter der har/ikke har oplevet at blive undervist i sammenhængen mellem klimaforandringerne og specifikke sygdomme (n=305).

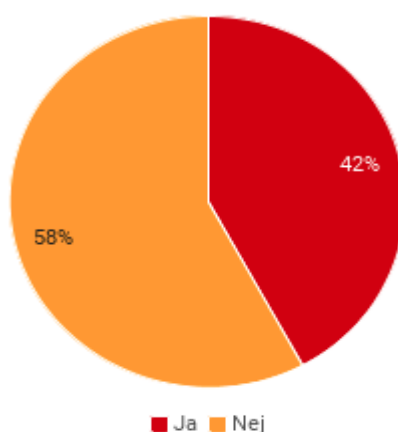
Det vil sige, at der er en overvægt af respondenter, der har svaret, at de har oplevet at blive undervist i sammenhængen mellem klimaforandringerne og specifikke sygdomme, end sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed. I første analysedel blev det tydeliggjort, at medicinstudiet og lægefaget typisk fokuserer på sygdomsbehandling og diagnosticering. Klimaforandringernes sammenhæng med sundhed relaterer sig muligvis i højere grad til folkesundheden, hvor specifikke sygdomme relaterer sig til diagnosticering og behandling. Sammenhængen mellem sundhed og klima kan falde uden for det, de medicinstuderende betragter som deres primære kompetenceområde. Det er derfor muligt, at de medicinstuderende, der har deltaget i undersøgelsen, kan have husket mere om undervisningen i sammenhængen mellem klimaforandringerne og specifikke sygdomme, da dette opleves som mere relevant for deres fagområde.

Nedenstående figur (8.6.) viser forskellen mellem universiteterne og undervisningen i sammenhængen mellem klima og specifikke sygdomme. Som illustreret af figuren, er der en overvægt af studerende fra KU, der har svaret nej til at have modtaget denne undervisning. Mest iøjefaldende er SDU, hvor flere respondenter har svaret ja end nej til at have modtaget undervisning i sammenhængen. Ud fra respondenternes kvalitative besvarelser, kan dette forklares med at, SDU har professoren i miljømedicin, Phillipe Grandjean, tilknyttet universitetet, hvorfor de muligvis oplever at modtage mere undervisning om klima.



Figur 8.6. Total fordeling over forskellen mellem universiteterne, og hvorvidt de har oplevet at blive undervist i sammenhængen mellem specifikke sygdomme og klima (n=305).

Respondenterne blev spurgt, om de kunne finde på at vælge klima som emne, såfremt deres uddannelse tilbød det (figur 8.7.). Procentvis fordelte svarene sig således, at 42% godt kunne finde på at vælge klima som emne, mens 58% ikke kunne. Overvægten af respondenter, der har svaret nej til at ville arbejde med klima, vidner om, at emnet endnu ikke har slået igennem som et lægefagligt anliggende og relevansen af klima i respondentens fremtidige virke muligvis fremstår uklart.



Figur 8.7. Total fordeling over respondenter, der kunne finde på at vælge klima som emne, såfremt uddannelsen tilbød det (n=305).

Hertil er det interessant at undersøge hvorvidt der er en sammenhæng mellem at have modtaget undervisning i sammenhængen mellem klima og specifikke sygdomme, og om den studerende mener, at skulle anvende denne viden senere i sit virke (figur 8.8.).

Chi-Square Test

	Value	Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square		,258
N of valid cases	305	

Figur 8.8. Chi²-beregning "Har du oplevet at blive undervist i sammenhængen mellem klimaforandringerne og specifikke sygdomme?" krydset med "Kunne du finde på at vælge klima som emne, hvis det blev tilbudt på din uddannelse?" (n=305) (p=0,258).

Sammenhængen er usignifikant med en p-værdi på 25,8%. Det betyder, at holdningen til at modtage viden om klimaforandringerne er uden sammenhæng med, om man har fået noget undervisning herom i sit studium. Dem der angiveligt har modtaget mest undervisning i klima, mener ikke at denne viden har relevans for deres fremtidige virke.

Når jeg i stedet undersøger sammenhængen mellem, om respondenterne kunne finde på at vælge klima som emne, hvis det blev tilbudt på uddannelsen og vedkommendes holdning til at skulle have og anvende viden om klimaforandringerne som læge, kan jeg se, at den er meget signifikant ($p < 0,001$). Med andre ord, så er dem, der gerne vil vælge klima som emne i undervisningen, også meget indstillet på at have og anvende den viden de får, i deres fremtidige virke som læge (figur 8.9.).

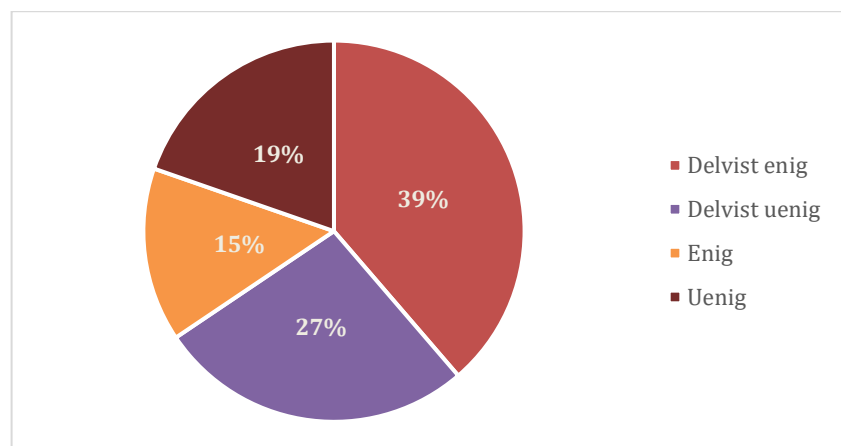
Chi-Square Test

	Value	Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square		<,001
N of valid cases	305	

Figur 8.9. Chi²-beregning "Kunne du finde på at vælge klima som emne, hvis det blev tilbudt på din uddannelse?" krydset med "Jeg skal have og anvende viden om klimaforandringerne i mit fremtidige virke som læge" (n=305) ($p < 0,001$).

En p-værdi på 0,1% indikerer, at sandsynligheden for at opnå lignende data, hvis der ikke er nogen reel sammenhæng, er meget lav (mindre end 0,1%). Det betyder, at resultaterne er statistisk signifikante, og det er usandsynligt, at den observerede sammenhæng skyldes tilfældigheder. De to ovenstående sammenligninger (figur 8.8. og figur 8.9.) siger altså noget om, at klima er en interesse og det at modtage undervisning i emnet ikke ændrer ens holdning til klima som relevant i sit fremtidige virke.

Samtidig ses en lille overvægt af respondenter der mener, at klima bør fylde mere på medicinstudiet (figur 8.10.). Samlet udgør "enig" og "delvist enig" 54% og "uenig" og "delvist uenig" udgør 46%. Svarprocenten er næsten ligeligt fordelt og der er dermed ikke nogen signifikant forskel på respondenternes holdning til, at klima burde fylde mere i uddannelsen.



Figur 8.10. Total fordeling over respondenter, der mener at klimaforandringerne bør fylde mere på medicinuddannelsen (n=305).

Med udgangspunkt i de kvalitative besvarelser kan svarene "uenig" og "delvist uenig" være et udtryk for et allerede omfattende pensum eller at sammenhængen mellem klima og deres faglige virke er utydelig. Samtidig kan det være et udtryk for, at den klimaundervisning som respondenterne har modtaget, menes at være tilstrækkelig. På den anden side kan besvarelserne "delvist enig" og "enig" være et udtryk for en bevidsthed om klimaets og sundhedens sammenhæng, en anerkendelse af deres faglige rolle i problemstillingen eller en afspejling af at klima allerede eksisterer som en personlig interesse hos respondenterne.

I analysedel 1 oplevede den medicinstuderende en anden åbenhed omkring klima blandt unge studerende. Dette har jeg testet gennem en t-test, der beregner aldersgennemsnittet i svarkategorierne "ja" og "nej" i spørgsmålet om, hvorvidt respondenterne ville vælge klima som emne, hvis de kunne (figur 8.11.). For at beregne gennemsnittet, har jeg omkodet mine variable således de fremstår som numeriske. Før fremgik svarkategorien "40+" der forhindrer en gennemsnitsberegning.

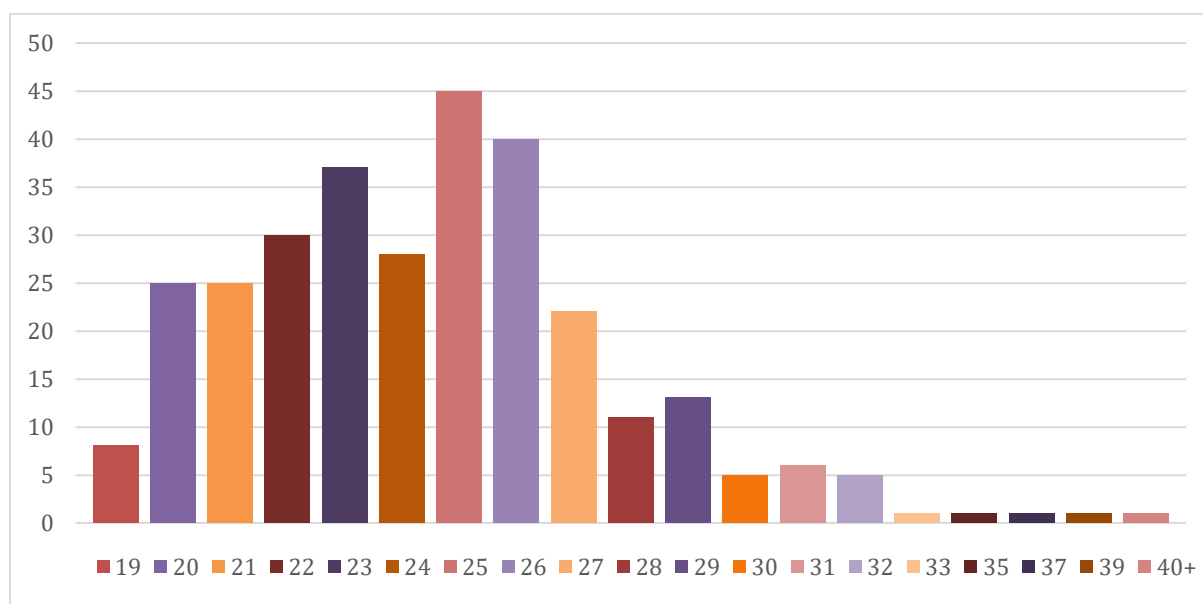
Kun én respondent havde angivet sin alder som 40+ og denne respondent er ikke medtaget i beregningen, derfor er n=304 og dataene, er nu intervaskaleret fremfor nominalskaleret (bilag 9).

T-test: Group Statistics

	Kunne du finde på at bælge klima som emne, hvis det blev tilbudt på din uddannelse?	N	Mean
Hvad er din alder?	Ja	130	24,25
	Nej	174	24,66

Figur 8.11. Aldersgennemsnittet hos respondenter, der har svaret hhv. "ja" eller "nej" i spørgsmålet "kunne du finde på at vælge klima som emne, hvis det blev tilbudt på din uddannelse" (n=304).

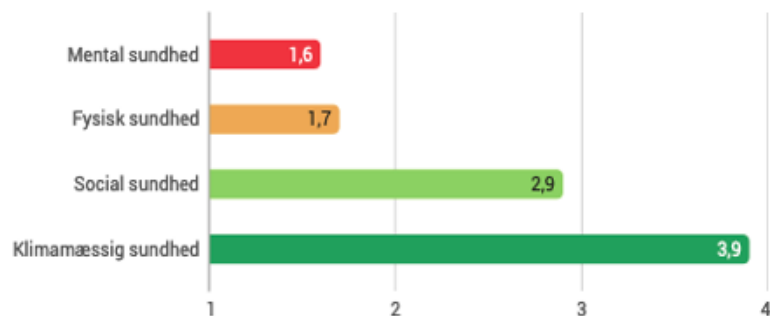
De to tal er næsten ens med et aldersgennemsnit på hhv. 24,25 og 24,66 og forskellen er helt usignifikant. Dette tyder på, at der ikke er sammenhæng mellem det at være yngre og være mere tilbøjelig til at vælge klima som emne. Samtidig kan gennemsnittet skyldes, at langt de fleste der har besvaret surveyen er mellem 22 og 26 år (figur 8.12.).



Figur 8.12. Det totale aldersgennemsnit (n=305).

Respondenterne blev bedt om at rangere fire sundhedsaspekter, efter hvad de mente var vigtigst, hvor 1 var det vigtigste og 4 var det mindst vigtige. De fire sundhedsaspekter indebar: fysisk, mental,

social og klimamæssig sundhed (figur 8.13.). For ikke at forurene besværlserne blev begreberne ikke defineret på forhånd, og det var derfor op til respondenterne selv at tillægge sundhedsaspektet mening.



Figur 8.13. Den gennemsnitlige rangering af sundhedsaspekter (n=305).

Det ses i figuren, at flest i gennemsnit har rangeret mental sundhed højest, herefter fysisk sundhed, social sundhed og sidst klimamæssig sundhed. Mental og fysisk sundhed blev altså rangeret højest, hvilket kan være et udtryk for, at medicinstudiet prioriterer viden om disse sundhedsaspekter højest. Samtidig falder netop disse sundhedsaspekter inden for lægens traditionelle kernefaglighed om diagnosticering og behandling, idet læger aktivt arbejder med disse i praksis.

8.5.1. Delkonklusion

De kvantitative data viser et begrænset fokus på klima blandt de medicinstuderende, men det ses også, at klima er et interesseområde for nogle. Desuden er der ingen signifikant forskel i opfattelsen af klimaets relevans baseret på alder.

8.6. Respondenternes tematiske tendenser

I de sidste tre spørgsmål i survey-undersøgelsen, havde respondenterne mulighed for at besvare med fritekst. Spørgsmålene så ud som vist i figur 8.14.

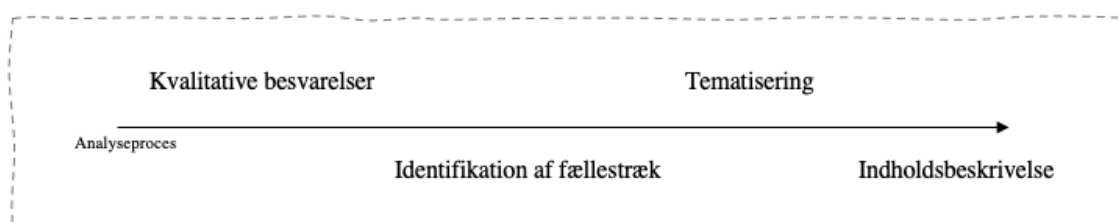
Spørgsmål med fritekst	Antal besvarelser
<i>Hvem bærer ansvaret for klimarelateret undervisning?</i>	306
<i>Hvad ser du af muligheder og barrierer for, at klimaforandringerne kan indgå i højere grad i pensum?</i>	306
<i>Andet du vil tilføje?</i>	163

8.14. De tre kvalitative spørgsmål fra surveyen.

Ikke alle fritekstbesvarelser er meningsfulde at tematisere, idet nogle respondenter har besvaret med et punktum eller et enkelt bogstav, formodentligt for at komme videre i spørgeskemaet. Kun det sidste spørgsmål var muligt at springe over, hvilket kan forklare, hvorfor der er færre besvarelser under dette spørgsmål.

Bearbejdelse af kvalitative besvarelser

Jeg gennemgik den kvalitative data ved at læse alle besvarelserne inden for hver kategori og tematiserede besvarelserne efter fællestræk. Tematiseringen blev udført ved at markere og organisere besvarelserne i et Excel-ark. Jeg beskrev temaerne ved hjælp af en indholdsbeskrivelse, som blev udarbejdet ud fra besvarelserne. Det er vigtigt at påpege, at indholdsbeskrivelsen ikke er baseret på en bestemt respondents besvarelse, men fungerer som en sammenfatning af de beskrevne temaer, skabt på baggrund af den kvalitative data fra min survey (figur 8.15.).



Figur 8.15. Databearbejdelsen af kvalitative besvarelser fra survey.

Hvem bærer ansvaret for klimarelateret undervisning?

Skemaet er systematiseret, således at de svar, som gik igen flest gange, kommer først. I alt blev der identificeret 8 temaer (figur 8.16.).

Tema	Indholdsbeskrivelse
<i>Universitetet, fakultetet og studienævnet</i>	Universitetet og andre ansvarlige for sammensætningen af pensum bør tage klimadagsordenen på sig. Det kan de gøre ved at invitere lægefaglige klimaeksperter ud på kurserne. Desuden kunne universitetet oprette et valgfag med klimarelateret indhold.
<i>Staten, regeringen og undervisningsministeriet</i>	Politikerne har ansvar for at lave tiltag, der kan imødegå klimaforandringerne. Emnet er mere relevant på andre uddannelser, men politisk vilje må ikke desto mindre være vejen frem mod en integration af sammenhængen.
<i>Ingen</i>	Ingen har et ansvar for at integrere klimarelateret undervisning på medicinstudiet, da det ikke er relevant for lægens fremtidige virke. Måske kunne det blive relevant, hvis klimaforandringerne ramte Danmark og ændrede sygdomsprofilen.
<i>Ved ikke / hvad er klimarelateret undervisning?</i>	Flere respondenter var i tvivl om, hvem der skulle bære ansvaret for klimarelateret undervisning på medicinstudiet. Samtidig var mange respondenter i tvivl om, hvad klimarelateret undervisning dækkede over, hvorfor de ikke vidste, hvem der sad med ansvaret for at integrere emnet.
<i>Kursusansvarlige</i>	De kursusansvarlige der underviser i fag i berøring med klimaforandringerne, bør tage mere ansvar for at integrere det i undervisningen. Eksempler på fag kan være: immunologi, infektionsmedicinsk og arbejdsmiljø.
<i>Hospitaler og kommuner</i>	Siden hospitalerne og kommunerne har stor indflydelse på udformningen af medicinstudiets pensum, må det være dem, der tager dagsordenen på sig.
<i>Den enkelte studerende</i>	Det er et interesseområde og man må beskæftige sig med i sin fritid.
<i>Folkeskoler og gymnasier</i>	Læger skal ikke gå forrest i kampen mod klimaforandringerne. Det må være et fælles ansvar, som alle borgere skal have viden om. Undervisning om klima må derfor være mest relevant på folkeskoler og gymnasiale uddannelser.

Figur 8.16. Hvem bærer ansvaret?

Hvad ser du af muligheder og barrierer for at integrere emnet?

Skemaet er systematiseret, således at de svar, som gik igen flest gange, kommer først. I alt blev der identificeret 6 temaer (figur 8.17.).

Tema	Indholdsbeskrivelse
<i>Pensum er for stort</i>	Det store pensum udgør en barriere. Medicinstudiet er i forvejen kendt for at være stressende og indeholde meget grundviden. Det betyder, at klima skal erstatte noget andet, hvilket ikke bør ske, da lægens traditionelle basisviden er vigtigere.
<i>Klimaforandringerne er ikke relevante</i>	Klimaforandringerne kommer ikke til at påvirke den danske læges arbejde. Af den årsag er der ikke incitament til at have viden om emnet. Hvis nye emner skal proppes i pensum, er kommunikation og etik vigtigere. For de fleste specialer fx almen medicin er der ikke behov for viden om klimaforandringerne.
<i>Underviserne/kursusansvarlige</i>	Underviserne er fra en anden tid og engagerer sig ikke i klimaforandringerne. Desuden er de stolte over deres ekspertise og viser stor modstand over for nye emner. Medicinstudiet kan godt være konservativt og rigtigt i sin undervisningsform.
<i>Politisk agenda</i>	Vækst og økonomi vil altid komme først. Politikerne er ikke interesserede i at inkorporere emnet, derfor bliver det ikke en del af pensum.
<i>Evidensbaseret praksis</i>	Der er ikke nok evidens om klimaforandringernes sammenhæng med sundhed. Lægens praksis bygger på evidens og ikke gætteri.
<i>Gode erfaringer med klimarelateret undervisning</i>	Global sundhed bliver mere aktuelt. Undervisningen om klimaforandringerne har været spændende.
<i>Klima er symbolsk</i>	På samme måde som religion og psykologi, som eksisterer som en symbolsk bisætning på medicinstudiet, vil klima stemples på samme måde.

Figur 8.17. Muligheder og barrierer.

Andet du vil tilføje?

Skemaet er systematiseret, således at de svar, som gik igen flest gange, kommer først. Kun tilføjelser der kan belyse problemformuleringen vil medtages i tematiseringen. I alt blev der identificeret 4 temaer (figur 8.18.).

Tema	Indholdsbeskrivelse
<i>Klimaforandringerne har ingen relevans</i>	Det ville være en katastrofe, hvis klimarelateret undervisning blev integreret på medicinstudiet.
<i>Hvad er sammenhængen?</i>	Der er ikke en sammenhæng mellem klimaforandringerne og sundheden.
<i>Klimaforandringerne har relevans</i>	Viden om klimaforandringerne er vigtig, men læger er kun en lille brik i et stort spil. Desuden kræver det en balancegang, da alle lægefaglige specialer måske ikke har gavn af klimarelateret viden.
<i>Opgør med den lægefaglige tradition</i>	Integrationen ville kræve et brud og en omlægning af alt, hvad lægens virke indebærer, såsom evidensbaseret viden om diagnoser og behandling. Integrationen må tages i små skridt, da klimaforandringerne utvivlsomt vil fylde mere i fremtiden.

Figur 8.18. Tilføjelser.

8.6.1. Delkonklusion

Det kan konkluderes at klima endnu ikke er fuldt integreret på medicinstudiet. Der er forskellige holdninger blandt medicinstuderende, hvor nogle anser klima som en adskilt og ikke direkte relevant del af deres profession. Samtidig viser nogle studerende interesse for emnet, hvilket er afgørende for, om klima betragtes som relevant i deres virke. Særligt fordi undervisning i klima ikke nødvendigvis påvirker de medicinstuderendes opfattelse af klimaets relevans. Desuden mener respondenterne, at der mangler viden om emnet og at særligt myndigheder og institutioner bærer ansvaret for integrationen af klima.

Kapitel 9

Diskussionspunkter

Klimaforandringerne er en af vores tids største udfordringer, der kræver globale indsatser, politiske tiltag, teknologiske fremskridt og adfærdssændringer for at opnå en mere bæredygtig fremtid for vores planet og sundhed. Det er klart, at dette vil påvirke sundhedsprofessionelles arbejde, herunder lægers ekspertise og færdigheder. Som Katrin Hjort også peger på, er lægens vidensbasering og -monopol tendentielt forsvindende (Hjort, 2011 s. 214). Lægens foranderlige rolle og integrationen af klimaforandringerne er et interessant diskussionspunkt, som indeholder mange facetter. Nærværende kapitel har til formål at inddrage nogle af de diskussionspunkter, som har været fremtrædende i analysedel 1 og analysedel 2, herunder: Hvordan Covid-19 kan sættes i relation til klimaforandringerne, og hvordan klima rent praktisk kan integreres på lægeområdet.

9.1. Hvad kan vi lære af Covid-19?

Covid-19 pandemien kom rasende med hastige skridt. Den første dansker blev d. 26. februar 2020 testet positiv for Covid, og kun 13 dage efter stod Danmark over for en samfundsnedlukning (SSI.dk, 2022). I Danmark spillede sundhedssektoren en afgørende rolle i at håndtere og bekæmpe virussen, og i at sikre en effektiv respons for at beskytte befolkningens sundhed. Trods mange holdninger til håndteringen af pandemien kan der argumenteres for, at sundhedssektoren viste en enorm tilpasningsevne og demonstrerede omstillingsparathed på mange niveauer. Blandt andet skabte pandemien nye arbejdsrutiner, nye behov for at opdatere sin viden og færdigheder, imponerende dedikation til befolknings sundheden og sidst men ikke mindst: stor villighed til samarbejde på tværs af fagligheder og arbejdsområder. Covid-19 tog ikke hensyn til landegrænser, og der blev skabt en fortælling om, at vi alle var i samme båd. Så hvordan kan klimaforandringerne sættes i relation til pandemien, og hvad kan vi lære af den?

I artiklen "The role of the future physician: building on shifting sands" af Fernandes et al. (2020) beskrives netop denne problemstilling i lyset af Covid-19 pandemien. Forskningen er engelsk funderet og tager dermed udgangspunkt i engelske medicinuddannelser og engelske lægers arbejdsvirke. Som det beskrives i artiklen, efterlader pandemien nye krav til lægens rolle i det 21. århundrede. Der argumenteres for, at nye samfundsmæssige forandringer fordrer, at lægeprofessionen i mindre grad må anskues som en isoleret del af sundhedssektoren, og derimod som en mere integreret del af nye komplekse forhold. Artiklen understreger, at dette ikke vil gå på kompromis med lægens ekspertise,

men at en mindre biomedicinsk vidensbasis og en mere holistisk tilgang vil fremme fremtidige lægers kompetencer og evne til at imødegå samtidydiagnosernes sundhedsudfordringer. Under pandemien samarbejdede engelske læger med andre faggrupper for at imødegå en problemstilling, der ikke alene kunne løses gennem biomedicinsk tænkning. Dette skabte større fleksibilitet og en evne til at tilpasse sin rolle efter befolkningens behov. I analysedel 1 og 2 blev det tydeligt, at medicinuddannelsen indeholder flere typer af viden, men at den positivistiske og naturvidenskabelige viden blev vægtet højest og den blev implicit forbundet til lægens kernefaglighed. Den dominerende anerkendelse af naturvidenskabelig viden kan siges at være socialt konstrueret, hvilket også etablerer lægens faglige status i samfundet. Samtidig former denne viden, måden vi betragter et fænomen som *sundhed*. Pandemien bragte nye vidensperspektiver i spil og udfordrede stolte lægefaglige traditioner, da krisen krævede samarbejde på tværs af videnskaber. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt pandemien har banet vejen for en reformation af sundhedsfaglig silotænkning og skabt et nyt sprog i sundhedsdiskursen. Det kan imidlertid også argumenteres, at pandemien udfordrede integriteten bag den individualistiske tilgang til sundhed. Klimaforandringerne kan betragtes på samme måde, idet sundhedens antropocentriske idealisme hviler på et tvivlsomt etisk grundlag. Med andre ord skabes der usundhed på sigt i forsøget på at skabe sundhed her og nu. Men den omstillingsparathed, som vi vidnede under Covid-19 og den horisontudvidelse, der fulgte med, kan muligvis give god grund til optimisme ift. lægens rolle og evne i at imødegå et klima i forandring.

9.2. Klima som speciale, interessefelt eller integreret generel viden?

Efter at have gennemgået analysedel 1 og analysedel 2 står det klart, at emnet om klimaforandringerne inden for lægefaget i øjeblikket tiltrækker dedikerede entusiaster, der har specialiseret sig indenfor området. Dette karakteriserer også tre af de informanter, der har taget klimadagsordenen til sig inden for lægefaget. Der ses en interesse fra de medicinstuderende, trods en enighed om, at klima ikke må erstatte den biomedicinske evidensbaserede viden, der nu definerer lægens kompetenceprofil. Klimaforandringerne er altså ikke en integreret del af de sundhedsfaglige problemstillinger, som man møder på medicinstudiet. Dette kan utvivlsomt være et produkt af den, til tider, unuancerede naturvidenskabelige sundhedstilgang. Tilegnelsen af viden om klimaforandringerne opstår altså som et interessefelt, som den lægefaglige må lægge interestetimer i. Ifølge Anders Blædel, forsker i Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, kan det manglende samspil mellem klima og sundhed imødekommes gennem det folkelige klimaengagement (Blædel et al., 2022). Blædel understreger samtidig, at sundhedsfaglige må integrere klima i dagsordenen, men at politisk vilje og lovgivning skal indbyde til integrationen. I begge analysedele blev det klart, at vi mangler evidens fra en dansk kontekst, og uden politisk engagement kan der forekomme en forståelse af, at der ikke prioriteres midler og ressourcer på at fremskaffe den forskning som der higes efter. Dog

kan der, qua kapitlet om den videnskabelige baggrund, argumenteres for, at der eksisterer masser af evidensbaseret viden om klima og sundhed. Det kan altså diskuteres, om den videnskabelige evidens, der foreligger, ikke anses som relevant nok i en dansk kontekst, og at vi derfor ikke engagerer os i globale indsatser i lige så høj grad som andre lande, fx England. Endvidere kan det diskuteres, om politiske diskurser og konservative faglige traditioner fastholder klima og sundhed som adskilte emner og udfordrer lægens handlerum for at engagere sig i emnet. For hvordan definerer man som enkeltperson sin professionsidentitet rundt om den kollegiale diskurs om diagnoser og biomedicinsk ekspertise? Der ses allerede stort engagement i at tage problemstillingen op, men hvordan kan den mere konkret integreres? Ud fra de medicinstuderendes svar kan klima både eksistere som et interessefelt, som et speciale for sig, eller som en mere integreret del af uddannelsen. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt det er muligt at imødekomme alle løsningsforslag om, hvordan klima bør eksistere inden for lægeområdet. Ligesom Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse fungerer som et forskningscenter med tværfaglig ekspertise, kan et videnscenter, der fremmer tværfagligt samarbejde om klima inden for det behandlende sundhedsvæsen, være med til at synliggøre mulighederne for at arbejde med emnet. Muligvis kan et sådant videnscenter også bidrage til at introducere tværvidenskab som en del af lægens kernefaglighed og samtidig fungere som et sted, hvor klinisk personale kan henvende sig med klimarelaterede udfordringer.

Kapitel 10

Afrunding

Med et socialkonstruktivistisk ståsted kan klimaforandringernes sammenhæng med sundhed forstås som et socialt fænomen, der påvirkes af herskende diskurser, normer, værdisæt og dominerende vidensgrundlag, der opstår som resultat af menneskelig interaktion og samspil i samfundet. Af samme årsag har jeg positioneret mig således, at jeg ikke afdækker *sandheden* bag barrierer og muligheder for en integration af klima, men snarere hvordan mine informanter og respondenter *anskuer* fænomenerne: *klima og sundhed* i sammenhæng med deres faglige virke. Således tegner afhandlingen ikke et retvisende billede eller endegyldige svar, men viden om, hvordan klima kan forstås i indlejrede institutionelle dynamikker, og hvordan disse præger professionens positionering og pragmatiske handlerum.

10.1. Konklusion

Jeg har i specialeafhandlingen undersøgt problemformuleringen:

Hvilke barrierer og muligheder er der for at skabe større integration mellem klimaforandringerne og sundhed på det lægefaglige område? Og hvordan forholder medicinstuderende sig til sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed på deres studie og deres virke som fremtidige læger?

I analysedel 1 er jeg blevet klogere på de barrierer og muligheder der eksisterer for at udvikle større integration af sammenhængen mellem klimaforandringerne og sundhed på det lægefaglige område. Efter fire semistrukturerede interviews blev følgende temaer identificeret:

System og kultur

Der ses en mulighed i, at alle informanter mener, at danske læger i højere eller mindre grad bør have og anvende viden om klimaforandringerne i sit faglige virke. Samtidig kan det konkluderes, at system og kultur spiller en afgørende rolle i integrationen af klima. Der lægges vægt på, at politisk vilje og organisatorisk pres er væsentligt for at integrere og engagere nuværende og fremtidige læger i problemstillinger om klimaet. Klima prioriteres ikke på den politiske agenda, hvilket afspejles i sundhedssystemet og den lægefaglige kultur. Det udtrykkes ligeledes, at en overvindelse af systemiske og kulturelle barrierer er en langvarig og hård proces.

Usynlige risici

Denne barriere handler om, at klimaforandringerne ikke er direkte observerbare, og selvom der kan argumenteres for, at klimaforandringernes konsekvenser globalt set er blevet mere synlige, udgør usynligheden en barriere for integrationen i Danmark. Manglen på evidensbaseret forskning i dansk kontekst utydeliggør problemstillingens relevans i danske lægers faglige virke. Den manglende forskning giver klimaforandringerne en teoretisk status og dermed en spekulativ relation til vores betingelser i Danmark. Lægens relation til klimaforandringerne er dermed også svær at få øje på, hvilket giver grund til uenighed om forbindelsen mellem klimaforandringerne og lægens rolle.

Viden og samarbejde

Informanterne fremhæver behovet for at reformere lægens kernefagligheder og fremme tværfagligt samarbejde. Der er en stigende interesse i klimaforandringerne blandt læger, der ønsker at implementere klimaovervejelser i deres kliniske praksis. Dog er der barrierer, da klimarelateret viden mangler et handlingsorienteret aspekt. Desuden er lægefagets tradition baseret på evidensbaseret viden, hvilket kan være en udfordring, når der er mangel på dansk forskning inden for klimaområdet. En udvidelse af lægens kompetenceprofil til at omfatte helhedsorienterede tilgange og forståelse af sammenhænge, der strækker sig ud over naturvidenskaben, ses som en mulighed. Der lægges vægt på samarbejde på tværs af faggrænser som en mulighed for at imødegå klimaforandringernes kompleksitet. Ligeledes ses en indikation på behovet for et paradigmeskifte i de nuværende herskende sundhedsforståelser, der hviler på biomedicinsk viden, til sundhedsforståelser, der kan omfavne klimaforandringernes effekt på menneskets sundhed.

I analysedel 2 er jeg blevet klogere på, hvordan medicinstuderende forholder sig til sammenhængen mellem klimaforandringerne på deres studie og deres virke som fremtidige læger. På baggrund af surveyen kan det konkluderes, at klimaforandringerne optræder på medicinuddannelsen, men i smalt omfang. I forlængelse heraf blev det tydeligt, at klima primært eksisterer som et interessefelt. Problemstillingens relevans inden for det lægefaglige område skiller vandene, og respondenterne prioriterer områder, der direkte relaterer sig til diagnosticering og behandling. Derudover gav respondenterne udtryk for, at det medicinske pensum er for presset til at integrere klima. Desuden mente respondenterne, at integrationen må kræves oppefra, og at særligt universiteterne eller politikerne bærer ansvaret for en integration.

10.2. Perspektivering

Jeg håber på, at jeg gennem min specialeafhandling kan være med til at blødgøre grænserne for, hvordan vi forstår sundhed og derigennem se på naturen som noget, der ikke kan afgrænses til det ikke-menneskelige. Den videnskabelige baggrund og de empiriske fund sætter stort fokus på sameksistens, der gennem min fortolkning indebærer et nyt moralsk hensyn og ansvar, som erkender samspillet mellem klodens og menneskets sundhed. Heri ligger en filosofisk præmis om, at menneskets eksistens er i relation til omgivelserne, hvilket medfører en forpligtigelse til at forstå de gensidigheder, der er på spil. Så hvordan kan filosofisk tænkning uddybe forståelsen af mine empiriske resultater eller bidrage med et nyt perspektiv til specialets emne?

De to filosofiske retninger: antropocentrisme og posthumanisme adskiller sig i deres grundlæggende syn på mennesket, dog er det værd at bemærke, at de ikke er gensidigt eksklusive, men indeholder overlap. Alligevel kan der argumenteres for, at posthumanistiske tænkemåder, der betragter mennesket som en del af et større økosystem i samspil med ikke-menneskelige aktører og teknologi, står i kontrast til antropocentrismens betragtning om mennesket som den primære aktør. I teksten "Ecologies of Repair: A Post-human Approach to Other-Than-Human Natures" af Gustavo Blanco-Wells (2021) beskrives det, hvordan en posthuman tilgang kan være løsningen til de udfordringer, som nye komplekse forhold kalder på. Denne tilgang handler ikke om at "overvinde" mennesket, men tværtimod at skabe forståelse for afhængigheden mellem organismer. Dette kan ske gennem symbiogenetiske manifestationer, som henviser til de indbyrdes afhængighedsforhold mellem alle tænkelige aktører. Danske læger er allerede godt bekendt med samspillet mellem organismers afhængighed i anatomisk og fysiologisk forstand, hvorfor en parallel muligvis kan drages. For synergien mellem organsystemer og andre kropslige funktioner fordrer at hele det kropslige perspektiv må gennemtjekkes, for bedst at kunne stille den rette diagnose og tilpasse behandlingen derefter. En anerkendelse af samspillet mellem forskellige elementer i økosystemet kan være afgørende for at tilpasse sig klimaforandringerne og tage hensyn til kompleksiteten. Der er ingen tvivl om at samarbejde på tværs af faggrænser må være en del af løsningen på integrationen af klima og sundhed. Den danske læges professionsidentitet bærer stort præg af sin kernefaglighed om at kunne diagnosticere og behandle. Men hvordan kan man arbejde mere aktivt og fokuseret med lægens kompetenceprofil ift. at bekæmpe klimaforandringernes kompleksitet? Med posthumanistisk tænkning øges bevidstheden mellem aktørers afhængighed, og et samarbejde mellem aktører kan føre til innovative og kreative løsninger. Samtidig skal man med en posthumanistisk tilgang ikke være det hele eller kunne det hele, men derimod anerkende sin afhængighed af andre aktører. På den måde kan lægens virke altså ikke isoleres som en enhed for sig, men det behøver samtidig ikke strække sig

ud over egen rækkevidde. Introduceres denne tænkemåde til klimaproblemstillingen, må lægerne indgå samarbejde på tværs af egen faggrænse og aktivt tilgå klimaforandringerne med en opmærksomhed på:

- Hvad lægens kompetencer kan bidrage med/ikke bidrage med.
- Hvordan lægen aktivt kan samarbejde og skabe synergier mellem andre aktører.
- Hvordan lægen bedst kan omsætte sin viden om samspil inden for biomedicinen til et større perspektiv og indtænke klimakrisens indvirkning på sundheden.
- Hvilke kompetencer lægen skal tilegne sig, og hvilken position lægen skal have i samspillet.

Referencer

Adams, C. *et al.* (2018) "Sampling bias in climate–conflict research," *Nature Climate Change*, 8(3), pp. 200–203. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41558-018-0068-2>.

Ahrensboell Schultz, V., Roe Rasmussen, A., Schønemann-Lund, M. and Press-Kristensen, K., 2021. Sundhed E42 - Kan vi redde klimaet med sundhedspolitik? *Boblen*. [Podcast]. [Accessed 11 April 2023]. Available from: <https://podcasts.apple.com/dk/podcast/sundhed-e42-kan-vi-redde-klimaet-med-sundhedspolitik/id1506771223?i=1000505246298&l=da>.

Beck^a, U. (1997) "1. Rigdomsfordelingen og risikofordelingens logik" in *Risikosamfundet: På vej mod en Ny Modernitet*. 6th edn. København: Hans Reizels Forlag.

Beck^b, U. (1997) "2. Videnspolitik i risikosamfundet" in *Risikosamfundet: På vej mod en Ny Modernitet*. 6th edn. København: Hans Reizels Forlag.

Beck^c, U. (1997) "7. Videnskaben hinsides sandhed og oplysning" in *Risikosamfundet: På vej mod en Ny Modernitet*. 6th edn. København: Hans Reizels Forlag.

Blanco-Wells, G. (2021) 'Ecologies of repair: A post-human approach to other-than-human natures', *Frontiers in Psychology*, 12. doi:10.3389/fpsyg.2021.633737.

Blessing, L.T.M. and Chakrabarti, A. (2009) "DRM, a design research methodology," *Writing Up: Publishing Results*. In *DRM, a Design Research Methodology*, pp. 215–230. Available at: <https://doi.org/10.1007/978-1-84882-587-1>.

Blædel, A.G.H, A.B.G., Dyg, P.M. and Jensen, B.B. (2022) *Debat: Tager VI Klimakampen Alvorligt, befrier VI Samtidig os selv for Mange Sundhedsproblemer, Information*. Available at: https://www.information.dk/debat/2022/02/tager-klimakampen-alvorligt-befrier-samtidig-sundhedsproblemer?lst_cntrb (Accessed: 10 May 2023).

Brady Bates, O., Walsh, A. and Stanistreet, D. (2023) "Factors influencing the integration of planetary health topics into undergraduate medical education in Ireland: A qualitative study of medical educator perspectives," *BMJ Open*, 13(1). Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067544>.

Brinkmann, S., S. Kvale^a (2015) "4. Ethical issues of interviewing" in (ed.) *interviews - Learning the craft og qualitative research interviewing*. 3rd edn. SAGE publications inc.

Brinkmann, S., S. Kvale^b (2015) "15. The social construction of validity," in (ed.) *interviews - Learning the craft og qualitative research interviewing*. 3rd edn. SAGE publications inc.

Brinkmann, S., S. Kvale^c (2015) "1. Introduction," in (ed.) *interviews - Learning the craft og qualitative research interviewing*. 3rd edn. SAGE publications inc.

Broholm, K. (2008) "Alkohol og helbred." København Ø: Sundhedsstyrelsen. Pp. 5. Available at: <https://www.sst.dk/~media/149578E6F82D47C28077B692E4642905.ashx> (Accessed: April 11, 2023)

Brundtland, G.H. (1987) "Report of the World Commission on Environment and Development Our Common Future." FN., pp. 37, Available at: https://www.are.admin.ch/dam/are/en/dokumente/nachhaltige_entwicklung/dokumente/bericht/

[our_common_futurebrundtlandreport1987.pdf.download.pdf/our_common_futurebrundtlandreport1987.pdf](#)

Dgbu.dk (n.d.) *Den Grønne Ungdomsbevægelse – Den Nye, Grønne Bevægelse. VÆR MED I KAMPEN OM VORES FREMTID.* Den Grønne Ungdomsbevægelse – den nye, grønne bevægelse. Available at: <https://www.dgub.dk/> (Accessed: April 4, 2023).

EASAC (2019) “The imperative of climate action to protect human health in Europe” (2019). Tyskland: European Academies’ Science Advisory Council. Pp. 9-18

EASAC (2021) *The Health Care Sector - leading the way to the net zero carbon economy* (2021) European Academies' Science Advisory Council. Available at: <https://easac.eu/media-room/press-releases/details/the-health-care-sector-leading-the-way-to-the-net-zero-carbon-economy> (Accessed: April 11, 2023).

Fernandes, L., FitzPatrick, M.E. and Roycroft, M. (2020) ‘The role of the future physician: Building on shifting sands’, *Clinical Medicine*, 20(3), Available at: doi:10.7861/clinmed.2020-0030. pp. 285–289.

Frederiksen, M., Gundelach, P. and Nielsen, R.S. (2017) “2. *Population og stikprøver*” in *Survey - design, stikprøve, spørgeskema, analyse*. 2nd edn. Bosnia & Herzegovina: Hans Reizels Forlag.

FVM.dk. *De Officielle Kostråd* (2022) Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Available at: <https://fvm.dk/foedevarer/mad-maaltider-og-sundhed/de-officielle-kostraad> (Accessed: April 3, 2023).

Giddens^a, A. (2011) “Introduction” in *The politics of climate change*. Cambridge, UK: Polity Press.

Giddens^b, A. (2011) “The politics of adaption” in *The politics of climate change*. Cambridge, UK: Polity Press.

Giddens^c, A. (2011) “The Consequences of Climate Change” in *The politics of climate change*. Cambridge, UK: Polity Press.

Giddens^d, A. (2011) “The geopolitics of Climate Change” in *The politics of climate change*. Cambridge, UK: Polity Press.

Grønbæk^a, M., Jensen, B.B. and Reventlow, S. (2021) “Chapter: 15. Sundhed og klima - to sider af samme mønt,” in *Sundhedsfremmende arbejde*. 7th edn. København: Munksgaard.

Grønbæk^b, M., Jensen, B.B. and Reventlow, S. (2021) “Chapter: 20. Kernebegreber i sundhedspædagogik,” in *Sundhedsfremmende arbejde*. 7th edn. København: Munksgaard.

Guidotti, T.L., Hancock, T. and Bell, W. (1998) “Physicians and environmental change: What is our role and why should anyone listen to us?” *Perspectives in Biology and Medicine*, 41(4), pp. 591–604. Available at: <https://doi.org/10.1353/pbm.1998.0055>.

Hattenstone, S. (2022) *Greta Thunberg: Fra Autistisk teenager Med Fletninger til Ung Kvinde, der er flyttet hjemmefra*, *Information*. Dagbladet Information. Available at: <https://www.information.dk/udland/2021/09/greta-thunberg-autistisk-teenager-fletninger-ung-kvinde-flyttet-hjemmefra> (Accessed: April 7, 2023).

Hausfather, Z. et al. (2020) "Evaluating the Performance of Past Climate Model Projections," *Geophysical Research Letters*, 27(1), pp. 1–3. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1029/2019GL085378>.

Hjort^a, K. (2011) "1. Hvad er værd at vide om professioner? - en indledning" in *De professionelle - Forskning I Professioner og Professionsuddannelser*. 3rd edn. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Hjort^b, K. (2011) "5. "Professionsprojekt og vidensudvikling" in *De professionelle - Forskning I Professioner og Professionsuddannelser*. 3rd edn. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Hjort^c, K. (2011) "13. Videnskab eller hverdagsbevidsthed" in *De professionelle - Forskning I Professioner og Professionsuddannelser*. 3rd edn. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Hulme, M. (2009). *Why We Disagree about Climate Change: Understanding Controversy, Inaction and Opportunity*. Cambridge University Press.

Information, 2022. Udsen, H. and Hjorth, S. (2022) "Vi undervises ikke nok i klimakrisens sundhedskonsekvenser på medicinstudiet," *Information*, 23 December 2022.

IPCC (2014) "Europe" IPCC. FN. Available at: https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/WGIIAR5-Chap23_FINAL.pdf (Accessed March 21, 2023). Pp. 1303-1305

IPCC (n.d.) "The Intergovernmental Panel on Climate Change" IPCC. FN. Available at: <https://www.ipcc.ch/> (Accessed: February 27, 2023).

IPCC.ch (n.d.) 11 — *human health: Impacts, adaptation, and co-benefits - IPCC* Available at: https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/WGIIAR5-Chap11_FINAL.pdf (Accessed: 16 May 2023). Chap. 11.7

Jazrawi, T. (2022) "Folketingsvalget 2022 blev valget hvor intet parti ignorerer klimaet," *Globalnyt*.

Juul, S. (2012). "Socialkonstruktivismen" in *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*. Hans Reitzels forlag.

Jæger B. (2016). 'Mixed methods', i: Kristensen, C.J. og Hussain, A.M. (red.). *Metoder i samfundsvidenskaberne*. Frederiksberg: Samfundslitteratur, s. 301-316.

Karlsson, E. K., 2017. Informationssøgning I: M. Henricson, red., *Videnskabelig Teori Og Metode*. København: Munksgaard, Chap. 4.

Kefm.dk (n.d.) *Parisaftalen 2015*. Klima-, Energi-, og Forsyningsministeriet. Available at: <https://kefm.dk/klima-og-vejr/klimaforhandlinger/parisaftalen-2015> (Accessed: February 6, 2023).

Kefm.dk (n.d.) *Ungeklimarådet*. Klima-, Energi- og Forsyningsministeriet. Available at: <https://kefm.dk/klima-og-vejr/ungeklimaraadet> (Accessed: April 4, 2023).

Kefm.dk, 2022 - *Internationalt ministermøde I København: Der Skal leveres på Løfterne fra Glasgow frem mod COP27* (2022) Kefm. Klima-, Energi og Forsyningsministeriet. Available at: <https://kefm.dk/aktuelt/nyheder/2022/maj/internationalt-ministermoede-i-koebenhavn-der-skal-leveres-paa-loefterne-fra-glasgow-frem-mod-cop27> (Accessed: February 6, 2023).

Klimarådet.dk (n.d.) *Omstilling Frem mod 2030. Klimarådet*. Available at: <https://klimaraadet.dk/da/rapport/omstilling-frem-mod-2030> (Accessed: March 20, 2023).

Kristensen, C.J. and Hussain, M.A. (2019) "6. Semistrukturerede interviews," in *Metoder I Samfundsvidenskaberne*. 2nd edn. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Laege.dk (2018) 1 "Lægeforeningens etiske principper – med kommentarer fra Lægeetisk Nævn". Available at: https://www.laege.dk/media/hdojnc5a/laegeforeningens_etiske_principper_kommenteret.pdf (Accessed: April 7, 2023).

Laege.dk (2022) "Klimapolitik er også sundhedspolitik". Lægeforeningen: Available at: https://www.laege.dk/media/lc5dgyfu/lf_politikpapir_klimapolitik_er_ogsaa_sundhedspolitik.pdf PDF p. 2-10

Laege.dk, (n.d.) - *Velkommen til laege.dk*. Lægeforeningen. Available at: <https://www.laege.dk/> (Accessed: February 7, 2023).

Lemery, J., Knowlton, K. and Sorenson, C. (2015) *Global climate change and human health: From science to practice*. San Francisco: Jossey-Bass. Pp. 6

Luong, K.T. *et al.* (2021) "Prescription for healing the Climate Crisis: Insights on how to activate health professionals to advocate for climate and Health Solutions," *The Journal of Climate Change and Health*, 4. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.joclim.2021.100082>. Pp: 66–67.

Laegeforklimaet.dk (2020) *Læger for Klimaet*. Available at: <https://laegeforklimaet.dk/> (Accessed: February 7, 2023).

Møllgaard, P. *et al.* (2023) "Statusrapport 2023." København K: Klimaraadet. Chapter 1: Rapportens hovedkonklusioner

Ottawa Charter for health promotion" (1988). København Ø: Komiteen for Sundhedsoplysning. Available at: <https://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/images/Ottawa%20charter%2C%20oversat%20til%20dansk.pdf>

Rathlev, J. and Bay, H. (2017) "3. Dataindsamling" in J. Hermansen (ed.) *Survey - Design, stikprøve, spørgeskema og analyse*. 2nd edn. Bosnia & Herzegovina: Hans Reitzels Forlag.

Redvers, N., Faerron Guzmán, C.A. and Parkes, M.W. (2023) "Towards an educational praxis for planetary health: A call for transformative, inclusive, and integrative approaches for learning and relearning in the anthropocene," *The Lancet Planetary Health*, 7(1). Available at: [https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(22\)00332-1](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(22)00332-1).

Romanello, M. *et al.* (2022) "The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels," *The Lancet*, 400(10363). Available at: [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01540-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01540-9).

Schønemann-Lund, M. (2020) "Debat: Sundhedssektoren er en af Danmarks største klimasyndere," *Klimamonitor*.

Schønemann-Lund, M. *et al.* (2023) "Undervisning i klima og sundhed bør indgå i medicinstudiet," *Ugeskrift for Læger*.

SDU.dk (n.d.) - *Introduktionsforløb om verdensmålene for Bæredygtig Udvikling*. Syddansk Universitet. Available at: <https://odin.sdu.dk/sitecore/index.php?a=fagbesk&id=107469&lang=da> (Accessed: February 8, 2023).

SDU.dk (2019) "SDU STUDIEORDNING FOR KANDIDATUDDANNELSEN I MEDICIN" (2019). Odense: Syddansk Universitet. Available at: https://www.sdu.dk/-/media/files/information_til/studerende ved_sdu/din_uddannelse/medicin/aktuel_studieordning/kandidatstudieordning+2017_revision_marts_2019.pdf (Accessed: February 8, 2023). Pp. 3 og 35-36

SDU.dk (2022) – *Studieordning*. Syddansk Universitet. Available at: https://www.sdu.dk/da/uddannelse/bachelor/medicin/uddannelsens_opbygning/studieordning (Accessed: February 8, 2023).

Shaman, J., & Knowlton, K. (2018). The Need for Climate and Health Education. *American Journal of Public Health*, 108 (Suppl 2), Pp: 66-67

Shea, B., Knowlton, K. and Shaman, J. (2020) "Assessment of climate-health curricula at International Health Professions Schools," *JAMA Network Open*, 3(5). Available at: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.6609>.

Simonsen^a, S.S. (2000) "1. Udfordringer - sundhedsvidenskabens og klinikkens problemer" in *Sundhedsfilosofi*. 1st edn. Århus: Forlaget Klim.

Simonsen^b, S.S. (2000) "2. Biomedicinsk fundamentalisme - den kvasideduktive videnskabsteori" in *Sundhedsfilosofi*. 1st edn. Århus: Forlaget Klim.

Simonsen^c, S.S. (2000) "10. Et helt liv - en hel klinik - en hel sundhedsvidenskab" in *Sundhedsfilosofi*. 1st edn. Århus: Forlaget Klim.

Sorondo, M.S., Ramanathan, V. and Al-Delaimy, W. (2020) "33. A Call to Action by Health Professionals," in *Health of people, Health of Planet and our responsibility*. Springer Nature.

Srku.dk (n.d.) *Det Grønne Netværk. Grønt Netværk*. Studenterrådet ved København Universitet. Available at: <https://www.srku.dk/klima> (Accessed: April 5, 2023).

SSI.dk (2022). 'Tidslinje for covid-19'. Statens Serum Institut. PDF: <https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/covid19/presse/tidslinje-over-covid-19/covid-19-tidslinje-lang-for-2020-2022-version-2---december-2022.pdf> (Accessed: May 10, 2023).

Sst.dk. (2013) - *De syv lægeroller* Available at: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2013/Publ2013/De-syv-l%C3%A6geroller.ashx> (Accessed: 18 May 2023). Pp. 25-30

Sullivan, J.K. *et al.* (2021) "Climate change and medical education: An integrative model," *Academic Medicine*, 97(2), pp. 188–192. Available at: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000004376>.

TheLancet.com (n.d). *About The Lancet Countdown on health and climate change*. Available at: <https://www.thelancet.com/countdown-health-climate> (Accessed: February 28, 2023).

Tophøj, S.R. and Lewandowska, K. (2022) *Almen Praksis ER afgørende for at Vende Sundhedsvæsenets klimakrise, Klimamonitor*. Klimamonitor. Available at: <https://klimamonitor.dk/debat/art8648056/Almen-praksis-er-afg%C3%B8rende-for-at-vende-sundhedsv%C3%A6senets-klimakrise> (Accessed: April 20, 2023).

- Trads, D. (2007) *Klimatruslen - set Fra Danmark*. Chap. 5 "Danmark - Costa Del Norte," i Kbh.: TV2.
- Ufm.dk (2023) *Uddannelses- og forskningsstyrelsen, Uddannelses- og Forskningsministeriet*. UFM. Available at: <https://ufm.dk/ministeriet/organisation/uddannelses-og-forskningsstyrelsen> (Accessed: May 8, 2023).
- Un.org (2023) *Secretary-general's remarks to the Security Council debate on "sea-level rise: Implications for international peace and security"* secretary-general (2023) Un.org. United Nations. Available at: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2023-02-14/secretary-generals-remarks-the-security-council-debate-sea-level-rise-implications-for-international-peace-and-security> (Accessed: March 21, 2023).
- Unfccc.int, 2018 - *The Paris Agreement is a Health Agreement - WHO (2018) Unfccc.int*. United Nations Climate Change. Available at: <https://unfccc.int/news/the-paris-agreement-is-a-health-agreement-who> (Accessed: February 6, 2023).
- Vallgård, S. og Bornø Jensen, A.M. (2021) "14. Mixed methods," in *Forskningsmetoder I folkesundhedsvidenskab*. 6th edn. Kbh.: Munksgaard.
- Verdensmaalene.dk (2022) - FN's verdensmål for bæredygtig udvikling. Available at: <https://www.verdensmaalene.dk/fakta/verdensmaalene> (Accessed: February 6, 2023).
- Vogel, L. (2019) "Why aren't more doctors talking about climate change?," *Canadian Medical Association Journal*, 191(13). Available at: <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5731>.
- Wenneberg^a, S.B. (2010) "1. Introduktion," in *Socialkonstruktivisme - positioner, problemer og perspektiver*. 3rd edn. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Wenneberg^b, S.B. (2010) "5. Et kritisk perspektiv - socialkonstruktivisme-I" in *Socialkonstruktivisme - positioner, problemer og perspektiver*. 3rd edn. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Wenneberg^c, S.B. (2010) "6. En teori om det sociale - socialkonstruktivisme-II" in *Socialkonstruktivisme - positioner, problemer og perspektiver*. 3rd edn. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Wenneberg^d, S.B. (2010) "7. En erkendelsesteoretisk position - socialkonstruktivisme-III" in *Socialkonstruktivisme - positioner, problemer og perspektiver*. 3rd edn. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- WHO (1989). The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (2021) *Climate change and health*. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health> (Accessed: February 3, 2023).
- WHO (2021) *What has COP26 achieved for Health?* World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/what-has-cop26-achieved-for-health> (Accessed: February 6, 2023).
- Who.int (1990) *Potential health effects of climate change* World Health Organization. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62016/WHO_PEP_90_10.pdf;jsessionid=285937E465BD40D487233BEDE6587029?sequence=1 (Accessed: February 3, 2023).

WHO.int (2021) "*Climate change and health*". World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health> (Accessed: March 21, 2023).

WHO.int (2020) - *HEALTH in the Nationally Determined Contributionsside*. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330656/9789240000674-eng.pdf> (Accessed: April 7, 2023) Pp. 4-5

WHO.int (n.d.) *Climate change. World Health Organization*. World Health Organization. Available at: https://www.who.int/health-topics/climate-change#tab=tab_1 (Accessed: April 7, 2023).

Zetland.dk (2021) - *TROR VI Egentlig på vores egne klimamål? Derfor er klimatopmødet i glasgow det vigtigste I årevis*. Available at: <https://www.zetland.dk/historie/s8aLygNL-mop1RgAm-f83a9> (Accessed: February 6, 2023).