



"FOREBYGGELSE ER MINDST LIGE SÅ VIGTIGT SOM HELBREDELSE"

– Risikokommunikation i forbindelse med SARS pandemien



Udarbejdet af:
Camilla Honoré Frederiksen

Vejleder: Hans Krause Hansen
Censor:

Kandidatafhandling
Cand. Merc (kom.)
Copenhagen Business School
68 normal sider
22. Oktober 2009

“Prevention is just as important as an actual cure”

- Risk communication in correlation to the SARS pandemic

Abstract

The main purpose of this thesis is to retrospectively address “if” and “how” the SARS pandemic, particularly based on the outbreaks in China and Vietnam, has influenced and changed the risk communication of World Health Organization (WHO).

The theoretical foundation will be based on the globalization theory of Ulrich Beck called “risk society” and the cultural theory and “group/grid model” developed by Mary Douglas. Each theory is used in different methodical ways to support my findings respectively the deductive and the explaining method.

The analysis is divided into three different parts centered around WHO’s risk communication before, during and after the SARS pandemic. In the first part, the main findings show that even before the SARS outbreak WHO had already implemented risk communication as a management strategy. The second part demonstrates that due to the SARS outbreaks in China and Vietnam WHO was facing unpredictable challenges of what respectively “good” and “bad” risk communication can result in, - which additionally led to new risk communication strategies and working methods of the organization. Hence WHO together with its member countries had the ability to control the disease. Furthermore the second part also concentrates around the role the mass media plays during pandemics and how they influence the work of WHO with fighting diseases. The third part exhibits the initiatives WHO is making to support and update its risk communication strategy.

On the basis of my analysis and discussion I can conclude that the SARS pandemic, particularly due to the outbreaks in China and Vietnam, has directly influenced on the risk communication strategy of WHO and changed the way that the organization today views and works with risk communication to fight diseases. Which among others can be seen in the expansion of the International Health Regulations and the drawing up of the Outbreak Communication Guidelines. This proves that the SARS pandemic is an example of how diseases have become globalized and risk communication should thus be considered as an efficient tool to fight the new risks and challenges they bring. In other words: Prevention in this matter is just as important as an actual cure.

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDHOLDSFORTEGNELSE	1
1. INDLEDNING	4
1.1 Problemfelt	5
1.2 Problemformulering	6
1.3 Afgrænsning.....	7
1.4 Begrebs- og definitionsforklaring	7
2. WHO	9
2.1 WHO og deres virke	9
Model 1: WHOs hovedkontorer	9
3. SARS	10
3.1 SARS historien.....	10
3.2 Hvad er SARS?.....	11
Model 2: Kort over SARS smittede lande	12
4. RISIKOKOMMUNIKATION	13
4.1 Risikokommunikation	13
Model 3: Risikokommunikationens samlede komponenter	13
4.2 Risikoopfattelse	16
5. METODE.....	18
5.1 Vidensproduktionsprocessen	18
Model 4: Vidensproduktionens hovedelementer og arbejdsgang.....	18
5.2 Metodiske overvejelser og undersøgelsesmetode	19
5.3 Formål med brugen af teorier	20
5.4. Empiri.....	21
5.4.1 Primær empiri.....	22

5.4.1.1 Mødedeltagelse i "Disaster Management Working Group" i Hanoi, Vietnam.....	22
5.4.1.2 Interview med Jody Lanard og Peter Sandman.....	23
5.4.2 Sekundær empiri	24
5.5 Validitet	25
6. TEORI	26
6.1 Peter Sandman	26
6.1.1 Risikokommunikationens historie og faser ifølge Peter Sandman.....	26
6.1.2 EPA's Seven Cardinal Rules of Risk Communication	27
6.2 Mary Douglas.....	28
6.2.1 Kulturteori	28
6.2.2 Gruppe/gitter model	29
Model 5: Gruppe/Gitter	30
6.2.2.1 Individualisterne	30
6.2.2.2 Fatalisterne	30
6.2.2.3 Hierarkisterne	31
6.2.2.4 Enklavisterne	31
6.3 Ulrich Beck.....	32
6.3.1 Risikosamfundet	33
6.3.2 Det reflektive moderne og det kosmopolitiske perspektiv.....	33
6.3.3 Individualisering	35
7. DEN EMPIRISKE ANALYSE	37
7.1 Analysedel I – Før SARS pandemien	38
7.1.1 WHO's kommunikation indtil SARS pandemiens udbrud.....	38
7.1.2 WHO's kommunikation og arbejdsområder – en selvfremsættelse	38
7.1.3 Kritik af WHO	41
7.1.4 Delkonklusion	42

7.2 Analysedel II - Under SARS pandemien	43
7.2.1 Kina	43
7.2.1.1 Kinas risikokommunikation under SARS pandemien	44
7.2.1.2 Hvorfor gik det Kina, som det gik?	46
7.2.2 Vietnam	47
7.2.2.1 Vietnams risikokommunikation under SARS pandemien	47
7.2.2.2 Hvorfor gik det Vietnam, som det gik?	49
7.2.2.3 Delkonklusion i forhold til anvendelse af teorier	50
7.2.3 Medierne	51
7.2.4 Delkonklusion	54
7.3 Analysedel III - Efter SARS pandemien	55
7.3.1 På hvilken måde havde Kina og Vietnam eksemplerne en effekt på WHO's risikokommunikation? ..	55
7.3.2. Direkte ændringer og tiltag	58
7.3.2.1 Ændringer	58
7.3.2.2 Tiltag	59
7.3.2.3 International Health Regulation	59
7.3.2.4 Outbreak Communication Guidelines	59
8. KONKLUSION	64
9. PERSPEKTIVERING.....	67
10. BIBLIOGRAFI.....	68
BILAG 1: Agenda for Disaster Management Working Group meeting, Hanoi	74
BILAG 2: Email korrespondance mellem Dida Connor og Jody Lanard	75
BILAG 3: How has WHO influenced health development in member countries over the past 50 years?	76

1. INDLEDNING

I den verden vi lever i i dag, er det stort set umuligt at åbne en avis, se nyheder på TV, høre radio eller surfe på internettet uden at blive konfronteret med mulige risici, som vi skal forholde os til enten som borgere eller samfund. Risici er blevet globale og dækker overalt fra naturkatastrofer, sygdomme, terror, trafikuheld, overfald, tyveri, krig til gensplejsede fødevareprodukter mv.

Traditionelt set har det været en opgave for videnskaben og eksperter at forholde sig til de risici som opstår samt forklare og besvare relaterede spørgsmål hertil. Endvidere har myndighedernes job været at kommunikere svarene videre til borgerne og samfundet i form af anbefalinger og advarsler (Breck, 2001:11). Denne traditionelle rollefordeling har indtil for få år siden været accepteret. Men verden har ændret sig i takt med den stigende globalisering. Den enkelte borger stiller sig i dag mere kritisk over for myndigheder og autoriteter, i og med de risici vi i dag bliver udsat for, er blevet mere usynlige og sværere at afgrænse. Dette har betydet komplicerede forhold, som er svære at forholde sig til og beskytte sig imod.

Denne udvikling har gjort, især med henblik på sygdomme og pandemier, at risikokommunikation og Verdenssundhedsorganisationen (World Health Organization, WHO), inden for de sidste årtier, har fået stor global opmærksomhed. Sygdomme som kogalskab, AIDS, malaria, fugleinfluenza og SARS har præget verdensbilledet og sat fokus på risici, der truer den globale sundhed. WHO er derfor i denne forbindelse kommet i fokus, da et af organisationens hovedformål er at arbejde for at fremme og vedligeholde global sundhed (WHO, p).

Risikokommunikation er til dels supplement til krisekommunikationsdisciplinen. Både krise og risikokommunikation beskæftiger sig med strategisk planlægning, af de hændelser, som forhåbentligt ikke indtræffer, men som med en vis sandsynlighed rammer på et eller andet tidspunkt (Kjærgaard, 2005:3). Forskellen mellem de to discipliner ligger dog i, at krisekommunikation oftest bliver udført med det formål at oprette eller vedligeholde en virksomheds omdømme og tillid (Kjærgaard, 2005:5), hvorimod risikokommunikation særligt beskæftiger sig med tiden før og efter en hændelse indtræffer, da såvel forebyggelsen som evalueringen har vist sig at være afgørende for at opnå et bedre overblik over reaktionsmønstre og risikoopfattelser under en kompleks hændelse (Husmer, 2004). Ydermere har risikokommunikation til formål at gavne samfundet som helhed (Molin, 2003).

1.1 Problemfelt

Risikokommunikation i forbindelse med pandemier er fyldt med paradokser. Sygdomme medfører risici, som den enkelte borger føler sig magtesløs overfor, og som de fleste derfor forventer, at myndighederne tager hånd om, hvor borgerne ikke selv kan træffe et valg (Husmer, 2004). Men risici kan være komplicerede forhold, som er svære at forholde sig til og svære at beskytte befolkningen imod. Det skyldes bl.a., at der ofte er begrænset viden til at kunne opstille en eksakt risikoanalyse, og derfor er risici, under sygdomme, forbundet med mange usikkerheder, fordi der ikke er nogen objektiv sandhed om den faktiske risiko i den konkrete sag. Af den grund spiller det en væsentlig rolle, hvordan myndighederne håndterer risikosager.

Myndighederne skal balancere mellem mange modsatrettede hensyn, som f.eks. omfatter befolkningens forventninger til handling, de faktiske handlemuligheder, politiske og økonomiske forhold samt miljø- og sundhedsaspekter. I borgernes vurdering af en risiko spiller det også ind, hvilken tillid man har til institutioner, videnskab og eksperter samt egne erfaringer. Myndighedens evne til at fremstå med høj troværdighed er derfor også af afgørende betydning for budskabets gennemslagskraft (Husmer, 2004).

Selvom WHO allerede inden SARS pandemiens udbrud arbejdede med risikokommunikation som ledelsesstrategi (jf. analysedel I), stillede SARS alligevel nye udfordringer til organisationens risikokommunikationsarbejde. Særligt WHO's risikokommunikationsarbejde med deres medlemslande Kina og Vietnam stillede store, både positive og negative, udfordringer til organisationen. SARS pandemien var et tydeligt bevis på, at en ukendt smitsom sygdom kunne udgøre en kæmpe trussel mod den globale sundhed og medførte nye paradokser og problemer for WHO, som gav sig i udslag i svagheder i offentlige sundhedssystemer, en trussel mod udviklingen og væksten af både stabile og ustabile økonomier (World Health Report, 2007h), samt mediernes indflydelse på risikokommunikationsprocessen, hemmeligholdelse og den hurtige spredning af sygdommen. WHO indså derfor at SARS pandemien stillede store udfordringer til organisationens arbejde med risikokommunikation som ledelsesværktøj (Rothstein, 2003).

1.2 Problemformulering

Denne kandidatafhandling udspringer af ovenstående situation og dens implicitte problemstilling i at undersøge, hvilke faktorer der ligger til grund for, at en sygdom som SARS kan gå ind og påvirke en organisation som WHO i forhold til deres overordnede risikokommunikationsstrategi. På baggrund heraf vil denne kandidatafhandlings problemformulering derfor lyde som følgende:

Har SARS pandemien, med særligt fokus på udbruddene i Kina og Vietnam, været med til at ændre på WHO's risikokommunikation? Og i givet fald på hvilken måde og med hvilke følger?

For at give en fyldestgørende analyse af den valgte problemformulering, kræver det endvidere en grundig gennemgang, analyse og diskussion af følgende underspørgsmål:

- *Hvad er WHO?*
- *Hvad er SARS?*
- *Hvad er risikokommunikation?*
- *Hvilken risikokommunikation har WHO ført indtil SARS pandemiens udbrud?*
- *Har massemedierne haft en indvirkning på WHO's risikokommunikation?*

1.3 Afgrænsning

Det følgende afsnit har til formål at skitsere afgrænsninger samt tilvalg i relation til afhandlingen. I forbindelse hermed gør jeg endvidere opmærksom på, jeg har valgt at foretage afgrænsninger løbende i afhandlingen, de steder hvor dette har relevans.

Risikokommunikation er et utroligt bredt felt at beskæftige sig med, og derfor er afhandlingen allerede i indledningen og problemformuleringen søgt afgrænset. Afhandlingen vil derfor være centreret omkring tre overordnede blokke set ud fra et ledelsesperspektiv:

1. WHO
2. SARS pandemien i Kina og Vietnam
3. Risikokommunikation

Hermed afgrænser jeg mig fra at fokusere på krisekommunikation samt national og international økonomi og politik.

1.4 Begrebs- og definitionsforklaring

Følgende afsnit har til formål at redegøre for, hvordan jeg har valgt at forholde mig til centrale begreber og definitioner i min afhandling.

Da jeg beskæftiger mig med risikokommunikation, finder jeg det nødvendigt, at læseren fra starten får tildelt en klar opfattelse af, hvordan risikotermen for denne afhandling skal forstås, eftersom der findes mange forskellige definitioner af termen som hver især repræsenterer forskellige tilgange til hvordan man ønsker at arbejde med begrebet og hvad man ønsker at opnå. Jeg har i denne sammenhæng valgt at tage udgangspunkt i WHO's definition af **risiko**, som de har defineret i deres årsrapport fra 2002, der har særligt fokus på risici og risikokommunikation: *"A probability of an adverse outcome, or a factor that raises this probability"* (WHO, 2002:3). Risiko skal altså i denne afhandling forstås som en sandsynlighed for et uønsket resultat eller udfald eller omstændigheder, der øger denne sandsynlighed.

Globalisering er et begreb, som bliver nævnt en del gange i løbet af afhandlingen. Globaliseringsbegrebet er i sig selv et omfattende emne, og her findes mange forskellige opfattelser og definitioner af termen. Globaliseringsbegrebet vil blive uddybet nærmere i mit afsnit om Ulrich Beck, men overordnet set skal

globaliseringen forstås som en proces af interaktion og integration mellem mennesker, virksomheder og regeringer verden over. Processen er drevet af international handel og investeringer og hjulpet af informationsteknologien (The Levin Institute).

I løbet af afhandlingen vil ekspert, myndighed og pandemi blive nævnt adskillige gange og vil derfor blive defineret separat nedenstående, for at give et klart overblik overfor, hvordan termene skal forstås i forhold til afhandlingen og dens fokus:

Ekspert: En ekspert er en erfaren og sagkyndig person indenfor et bestemt område. En person kan blive ekspert på baggrund af arbejds- og livserfaring eller en uddannelse (Nudansk Leksikon:300)

Myndigheder: Den grundlæggende betydning er retten til at handle eller beslutte. En myndighed er en institution med egen magtbeføjelse (Rud et al., 2002: 825). WHO er derfor i denne sammenhæng en myndighed.

Pandemi: Ordet pandemi stammer fra det græske ord *pandemos* hvor *pan* betyder alle og *demos* betyder mennesker. En pandemi betyder derfor et udbrud af en sygdom, som har globale proportioner (Rud, et al., 2002:917), der spreder sig let fra person til person og kan ifølge det medicinske leksikon defineres som, "Denoting a disease affecting or attacking the population of an extensive region, country, continent, global; extensively epidemic." (Medilexicon).

Forskellen mellem en pandemi og en **epidemi** ligger i at en epidemi er mere specifik i sin spredning, der som regel kan afgrænses til et geografisk område, såsom en by eller et land. Desuden er der tale om en epidemi, når hver syg person smitter mere end én i gennemsnit. En epidemi går derfor over til at være betegnet som en pandemi, når den spreder sig ud over landegrænser og bliver verdensomspændende (Politiken 2009a). Derfor, når der er tale om en pandemi, drejer det sig om et meget større antal smittede end under en epidemi (Norqvist, 2009).

WHO har herudover opstillet tre kriterier for, hvordan de betegner en pandemi, og som også passer godt sammen med ovenstående beskrivelse (Qvortrup, 2009):

1. Sygdommen skal være skabt af en hidtil ukendt virus
2. Sygdommen skal være livstruende
3. Smitten skal spredes nemt blandt mennesker

2. WHO

2.1 WHO og deres virke

World Health Organisation, på dansk Verdenssundhedsorganisationen, blev oprettet 7. april 1948 og består i dag af 193 medlemslande med hovedsæde i Geneve (WHO, 2007a). WHO er en del af FN-organet og har til formål at sikre og forbedre sundhedstilstanden i verden, hvoraf organisationens vigtigste opgave er at koordinere den internationale indsats på sundhedsområdet, herunder i udviklingslandene (WHO, 2007a). Dette gøres bl.a. ved at fastsætte internationale standarder og normer for sundhed og sygdomsbehandling og ved at lede globale kampagner til forebyggelse og bekæmpelse af sygdomme (WHO, 2007a). Derudover er WHO fordelt på 6 regionale WHO kontorer fordelt på 5 ud af de 7 kontinenter i hhv. Europa, Nordamerika, Afrika og to kontorer på det asiatiske kontinent, i det som WHO betegner som "South East" og "Western pacific region" (jf. nedenstående model). Herudover findes et utal af kontorer – et i hvert medlemsland (WHO, 2007a).



Model 1: WHOs hovedkontorer

Kilde: WHO, 2007a:4

WHOs mission består i at sørge for den bedst mulige sundhed for mennesker, hvor sundhed her er defineret som fysisk, psykisk og mental velbefindende (WHO, 2007a). Derudover skal WHO også bistå deres medlemslande i at helbrede, bekæmpe og forebygge sygdomme og herigennem sørge for, at mennesker har det godt på alle måder (WHO, 2007a).

WHO er styret af World Health Assembly (WHA), som er sammensat af repræsentanter fra WHO's medlemslande. WHA er WHO's besluttende organ og har til hovedformål at udarbejde retningslinjer og planlægge WHO's programmer, herunder udarbejdning af de økonomiske rammer og besvare og forholde sig til de politiske spørgsmål vedrørende WHO's virke (WHO, 2007a). WHO's budget for årene 2006-2007 var på ca. 3,3 milliarder USD, hvoraf mere end 70 % af pengene kommer fra donorlande, institutioner og andre partnere, som donerer pengene frivilligt. De resterende procent kommer fra medlemslandene (WHO, 2007a).

WHO har i dag næsten 8000 ansatte verden over, bestående af bl.a. læger, sundhedseksperter, forskere, epidemiologer, administrative og finansielle medarbejdere (WHO, 2007a). Derudover samarbejder WHO med regeringer, sundhedsmyndigheder, NGO'er, organisationer, universiteter og forskningscentre verden rundt, om at fremme adgang til basale sundhedsydelser, herunder for fattige befolkningsgrupper og til at opbygge udviklingslandenes egen kapacitet til at varetage borgernes sundhedsbehov (WHO, 2007a).

3. SARS

3.1 SARS historien

Den 28. februar 2003 i Hanoi i Vietnam på det franske hospital "French hospital of Hanoi" (Reilley, 2003) havde Dr. Carlo Urbani tilset en patient som udviste anormale symptomer på en influenzavirus.

Dr. Urbani var blevet tilkaldt, da hospitalets tjenestemænd havde bedt om en specialist fra WHO til at tilse dette usædvanlige tilfælde (Reilley, 2003). Dr. Urbani, som var specialist i infektionsmedicin, opdagede hurtigt, at dette tilfælde var helt ekstraordinært, da det som Dr. Urbani havde opdaget var et udbrud af "Severe Acute Respiratory Syndrome" herefter kaldet SARS (Reilley, 2003).

Derfor valgte han de næste par dage at arbejde på hospitalet for at forske for mere dokumentation, udføre prøver og tests og styrke sikkerhedskontrollen (Reilley, 2003). Der blev oprettet en isolationsstue for patienter med samme symptomer, da sygdommen viste sig at være meget smitsom. Ud af de første 60 patienter var over halvdelen af dem sundheds- og hospitalsmedarbejdere, som besluttede at lade sig indlægge i karantæne for at skåne familier og lokalsamfund (Reilley, 2003). Efter at have arbejdet i døgndrift indså Dr. Urbani, at der var tale om en sygdom, som truede borgernes sundhed en atypisk lungebetændelse som var yderst smitsom (Reilley, 2003).

WHO anmodede på baggrund heraf om et krisemøde søndag d. 9 marts 2003 med Vietnams regering (Reilley, 2003). Fire timer senere var WHO og den vietnamesiske regering kommet frem til ekstraordinære foranstaltninger omkring karantænen af det Franske Hospital, som inkluderede introduktion til nye procedurer med henblik på infektionskontrollen, gældende alle vietnamesiske hospitaler, samt en opfordring og appel til international assistance og ekspertise, som blandt andet kom til at bestå i specialister fra WHO og "Centers for Disease Control and Prevention"¹ (CDC)" og "Læger uden Grænser"² (Reilley, 2003).

Den 11. marts 2003 (Reilley, 2003) på et fly på vej til Bangkok begyndte Dr. Urbani at opleve de symptomer, han havde observeret hos SARS patienterne. Da han ankom til lufthavnen bad han sin kollega fra CDC om ikke at hilse ham velkommen. Sammen sad de og ventede på en ambulance, og over de næste 18 dage kæmpede Dr. Urbani i en isolationsstue mod den sygdom, han havde været med til at opdage 3 uger inden. Dr. Urbani døde af SARS den 29. marts 2003 (Reilley, 2003).

3.2 Hvad er SARS?

Navnet SARS oversættes på dansk til "svær akut luftvejs-syndrom" (Langer, 2009). I begyndelsen ligner SARS en almindelig influenza, men tilstanden kan efter 2-7 dage forværres til en alvorlig lungebetændelse, som i værste tilfælde kan føre til døden.

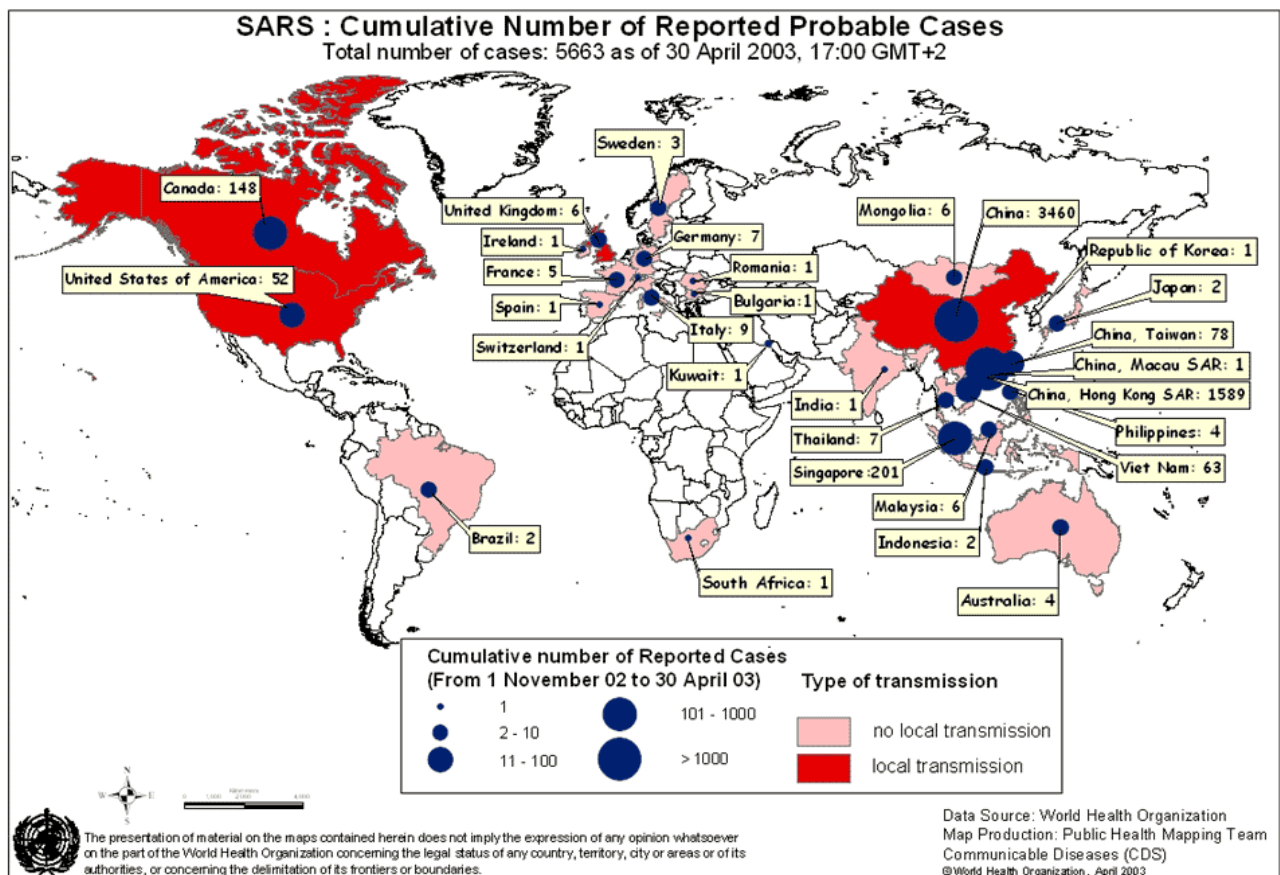
SARS er en luftvejssygdom, som skyldes et coronavirus, på engelsk kaldet SARS-associated coronavirus (SARS CoV) (Langer, 2009). Der findes adskillige corona-vira, som normalt hos mennesker kun forårsager lettere øvre luftvejsinfektioner. SARS virus er blevet sporet tilbage til at stamme fra flere dyrearter, såsom fra desmerdyret samt fra en type flagermus, der i Kina benyttes som føde og naturmedicin (Langer, 2009). SARS virus menes at have muteret, dvs. er blevet ramt af ændringer i generne, som kan have gjort det forholdsvis harmløse virus farligt for mennesker (Langer, 2009).

¹ CDC er en amerikansk organisation, hvis formål er: "create the expertise, information, and tools that people and communities need to protect their health – through health promotion, prevention of disease, injury and disability, and preparedness for new health threats" (Centers for disease control and prevention).

² Læger uden grænser er en privat international organisation, som har til formål at yde medicinsk nødhjælp til ofre for konflikter og katastrofer i hele verden (Læger uden grænser, 2009)

SARS er den første alvorlige, let smitsomme sygdom i det 21. århundrede. SARS blev første gang set i det sydlige Kina i november 2002. Det første kendte SARS tilfælde var en mand i Guangdong provinsen, som den 16. november 2002 (Langer, 2009) blev indlagt på hospitalet med formodet lungebetændelse, og som hurtigt smittede 4 hospitalsansatte. Sygdommen ulmede i Kina i flere måneder men blev først rapporteret af de kinesiske myndigheder til WHO den 11. februar (Langer, 2009), hvor den herefter krydsede og spredte sig til Hong Kong, derfra til Vietnam, Singapore, Canada, Tyskland og mange andre lande.

Den 12. marts 2003 (WHO, 2003) udsendte WHO en global advarsel omkring SARS og den sundhedstrussel verden stod over for. Nedenstående model viser, hvor mange lande som SARS pandemien reelt spredte sig til, og hvilke lande som var særligt udsatte, heraf var Kina (inkl. Hong Kong og Taiwan), Vietnam og Canada særligt hårdt ramt. Ifølge modellen var der i udgangen af april måned 2003 indrapporteret 5663 SARS tilfælde. Tre måneder efter, hvor SARS pandemien var under kontrol og stort set udryddet var tallet af smittede kommet op på 8098 tilfælde med mere end 774 døde i 28 lande (WHO, d).



Model 2: Kort over SARS smittede lande

Kilde: WHO, e

4. RISIKOKOMMUNIKATION

4.1 Risikokommunikation

Risikokommunikation udspringer af et behov blandt beslutningstagere til at blive bedre til at forstå, hvad det er for typer af information, mennesker har behov for under kriser og katastrofer og har dermed bidraget til at gøre risikokommunikation til en selvstændig forskningsdisciplin (jf. definition senere i afsnittet).

Risikokommunikation blev først rigtig anerkendt som et selvstændigt vidensfelt og forskningsdisciplin ved universiteterne i anden halvdel af det 20 århundrede (Brunse, 2001). Inden for de sidste 20 år har forskningen inden for risikokommunikation foretaget en drejning mod mere komplekse modeller og perspektiver, som fokuserer mere på sociale, miljømæssige, samfundsmæssige og kommunikative aspekter og konsekvenser af risici (Brunse, 2001). Som videnskabeligt felt kan risikokommunikation således i dag betragtes som havende tydelig grobund i den bredere samfundsforskning (Brunse, 2001).

Risikokommunikationen består af i alt tre komponenter: 1). Risikovurdering, 2). risikohåndtering og 3). risikokommunikation, som det kan udledes af nedenstående model. Alle tre komponenter skal være til stede, hvis en risikokommunikationsproces skal udføres optimalt (Miljøstyrelsen).



Model 3: Risikokommunikationens samlede komponenter

Kilde: Miljøstyrelsen

Selve risikokommunikationsprocessen kan også opdeles i tre faser. Før, under og efter fasen, hvor hver fase kræver forskellige fokus. I "før-fasen" fokuseres der på at styrke og udbrede tilliden mellem myndigheder og befolkning samt at gennemtænke og forberede et effektivt tværgående informationssamarbejde blandt alle involverede parter, hvor det især er vigtigt at forberede sig på, hvordan pressen og medierne skal håndteres (Brunse, 2001).

Selve "under-fasen" er præget af akutte handlings- og informationsbehov. For at fyldestgøre disse må grundige forberedelser allerede være foretaget, og planer og strategier må være på plads. Erfarne medarbejdere, autoriteter, samarbejde med og håndtering af medierne, enkle og overskuelige instrukser og planer, koordinerede informationsstrømme samt hurtig og entydig handling er basale forudsætninger (Brunse, 2001). Endvidere er det afgørende, at afsenderen af kommunikation, eksempelvis en regering eller organisation, er klar til at håndtere behovet for information fra en stor og udefinerbar mængde af enkeltpersoner og grupper både på nationalt og internationalt plan (Brunse, 2001).

"Efter-fasen" er kendetegnet ved et "normaliseringsbehov", da samfundet skal rehabiliteres og nå en ny "normaltilstand". I denne fase kan der endvidere være vedvarende eller tilbagevendende informationsbehov blandt mange grupper. Ydermere, for at undgå skepsis og tillidsbrud, er det vigtigt at føre en åben og synlig risikokommunikation både omkring tidligere trufne valg, og forhold til det der kommer til at ske efterfølgende (Brunse, 2001).

I forhold til min fundne empiri (jf. afsnit 5.4) er det tydeligt, at risikokommunikation har utallige definitioner. Hvad der ligger til grund for dette er, at regeringer, NGO'er, myndigheder mv. arbejder ud fra subjektive definerede risikoopfattelser, som benyttes til forskellige formål og til at opnå forskellige resultater. Eftersom risikokommunikation dækker bredt, skifter definitionerne fra sted til sted, således at risikokommunikationen, kan specificeres og ramme modtagerne så præcist som muligt i den givne situation.

Nedenfor har jeg valgt at give tre eksempler på definitioner af risikokommunikation fra tre forskellige afsendere. Den første er fra en medicinsk ordbog, den anden er fra en business ordbog, og den sidste er fra en forsker og professor, som arbejder med risikokommunikation i forhold til katastrofeplanlægning og træning. Intentionen med eksemplerne er, at jeg her vil demonstrere, hvordan afsendere arbejder forskelligt med risikokommunikationsbegrebet og samtidig påpege, at ligheden til trods for forskellige subjektive formål stadig er større end forskellene.

Risk Communication is:

1. Public health activities to ensure that messages and strategies designed to prevent exposure, adverse human health effects, and diminished quality of life are effectively communicated to the public (Free dictionary).
2. Exchange of information and opinions, and establishment of an effective dialogue, among those responsible for assessing, minimizing, and regulating risks and those who may be affected by the outcomes of those risks. (Business Dictionary).
3. **An interactive process of exchange of information and opinion among individuals, groups, and institutions. It often involves multiple messages about the nature of risk or expressing concerns, opinions, or reactions to risk messages, or to legal and institutional arrangements for management (Brown).**

Denne afhandling tager afsæt i definition 3, fordi de to andre definitioner har et større fokus på, at kommunikationen i sidste ende skal gavne afsenderen, hvilket især nr. 1 er et tydeligt eksempel på, da den direkte siger, at processen foregår en-vejs fra afsender til modtager og ikke retur. Den valgte definition 3 ser det herimod som en proces mellem alle involverede parter og tager afsæt i den socialkonstruerede metode og arbejder med risikokommunikation som en dialogorienteret proces, der har til formål at gavne alle involverede parter. Denne definition hænger godt sammen med WHO's opfattelse af, hvordan de ønsker, at risikokommunikation skal benyttes som værktøj til at komme igennem katastrofer hurtigere og mindre smertefuldt, involverende både afsender og modtagere (WHO, 2005:1), (jf. analysedel I).

Risikokommunikation har til formål at informere befolkningen og samfundet, om mulige risici og farer og om hvordan man herfra bedst muligt kan afhjælpe, minimere og beskytte sig selv fra dem. Risikokommunikation skal derfor ses som et redskab, der kan benyttes til at udfylde hullet mellem risikovurderingen og risikoforståelsen (WHO, i).

Risikokommunikation benyttes således til at afhjælpe den voksende bekymring i offentligheden på baggrund af de risici og farer, som vi lever i og med i vores hverdag. Kendte og nye farer fremhæver et behov for at holde samfundet og befolkningen orienteret om de risici, individer og verden står overfor, og hvordan man på bedst mulig vis kan undgå eller beskytte sig imod dem. Af den grund, selvom risikokommunikationen beskæftiger sig med alle tre faser under en katastrofe eller krise, (før, under, efter), ligger risikokommunikationens styrke først og fremmest på forberedelsesprocessen, "før-fasen" (WHO, i) – forebyggelse er bedre end helbredelse.

Formålet med risikokommunikation er at skabe tillid og orden til og med befolkningen, så de følger og lytter til råd og vejledninger, så man i dialog og samspil kan komme igennem risici og farer (WHO, i). Det er dog vigtigt at pointere, at der bag risikoopfattelsen ligger meget mere end at have tiltro til statistikker og tal. Menneskers subjektive holdninger, værdier, gruppe og tilhørsforhold, socioøkonomisk status, tillid til institutioner og kontrol spiller også en afgørende rolle og har stor betydning for, hvordan mennesker kommer til at reagere på de risici, de bliver udsat for (WHO, i).

Selvom risikokommunikation er en forholdsvis ny forskningsdisciplin (Brunse, 2001), og det i mange henseender bliver benyttet som middel til at skabe bedre kommunikation mellem regeringer, institutioner og myndigheder på den ene side, over for befolkningen og samfundet på den anden side, så er der også kritik at finde af disciplinen. Kritikken ligger i, at risikokommunikation kan være manipulerende og er designet til at "sælge" budskaber til uvidende modtagere på den politiske agenda og profitere herefter.

"... all important decisions about risk are made by special interests and power elites – hence education is pointless, even if possible" (Fishoff, 2002:8). Risikokommunikation kan nemt blive et våben frem for et redskab, og det kan være nemt at udnytte de fordele risikokommunikation, som disciplin bringer med sig, da der altid ligger et subjektivt formål bag et kommunikationsbudskab. Brugen af WHO's risikokommunikation i denne afhandling ser jeg dog på ingen måde som værende manipulerende, da den bagvedliggende intension er at tilgodese mange tusinde menneskers nuværende og fremtidige helbredstilstande.

4.2 Risikoopfattelse

Risikoopfattelse er et essentielt aspekt og en del af risikokommunikationsbegrebet (jf. model i metodeafsnittet). For at kunne udføre en effektiv risikokommunikation er afsenderen nødsaget til at sætte sig ind i modtagerens risikoopfattelse. Risikoopfattelse er gået fra at være objektiv til subjektiv, (Breck, 2001:kap. 1+2) i takt med den udvikling verden har taget (jf. afsnit om Ulrich Beck), hvilket betyder at det i dag er umuligt at applikere og benytte samme risikokommunikation til hele områder eller verden. Hvert tilfælde er specifikt og skal tilrettes målgruppen i den givne situation. Derfor, for at gøre det nemmere for afsenderen af risikokommunikation, kan man opdele menneskers risikoopfattelser i tre kategorier (Haukelid, 1999:11):

1. Ulykker med lille sandsynlighed og stor konsekvens opleves som farligere end mere "normale og sædvanlige ulykker".

2. Risici man selv har lidt indflydelse på eller ikke har magt over opleves som farligere end de risici, man selv kan påvirke.
3. Fjerne risici, både i tid og rum, opfattes som farligere end nære risici.

Med afsæt i de tre opstillede risikoforståelser er det tydeligt at se, at en risiko som en mulig pandemi kan opfattes i forhold til kategori 2 og 3. For det første, fordi det er noget man ikke har indflydelse på, og for det andet fordi det er noget, der for mange ligger fjernt. Selvom disse kategorier er meget overordnede, er det stadig til stor hjælp for en risikokommunikatør, at risikokommunikation kan tilrettelægges så præcist og specifikt som muligt, så modtageren herigennem vil opfatte og forstå denne på den mest hensigtsmæssige måde, så der ikke kommer til at opstå kaos, panik og mistillid, som er nogle af de konsekvenser dårlig udført risikokommunikation kan medføre (WHO, 2005:1).

Det paradoksale er her, at risici som er store og fjerne, såsom sygdomme og atomkraft ifølge eksperterne, bliver frygtet meget mere end behovet, hvorimod risici som er tæt på, som eks. livsstilssygdomme ikke bliver taget alvorligt nok af mennesker (Haukelid, 1999:12). Vi har altså her at gøre med et modsætningsforhold mellem hvilke farer og risici der er værd at frygte, hvilket er en vigtig pointe for min videre afhandling. Det har ikke noget at gøre med, at der skal findes en taber og en vinder, men det siger noget om, at selvom eksperterne er uenige og ikke forstår menneskers generelle risikoopfattelser, så er det dem, eksperterne, som bliver nødt til at ændre kommunikationen, hvis de vil opnå forståelse, tillid og erkendelse via deres råd og anbefalinger.

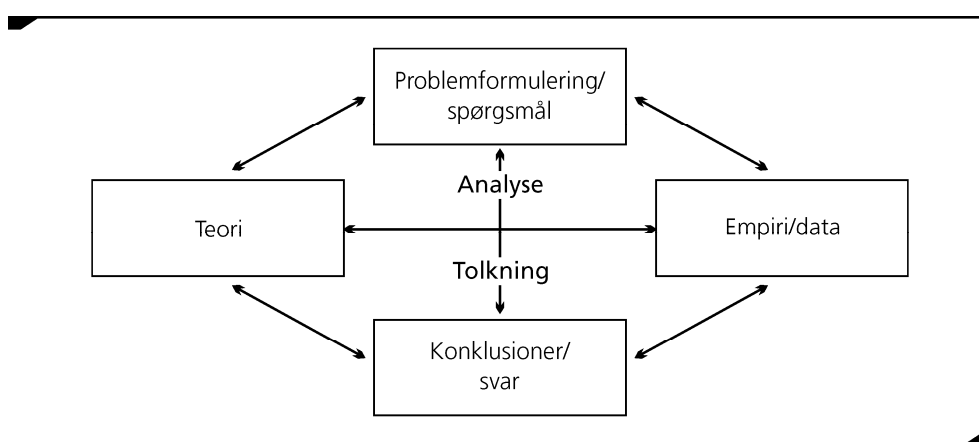
5. METODE

I dette afsnit vil jeg præsentere mine overordnede metodiske overvejelser samt den teoretiske tilgang, der er blevet anvendt i afhandlingen. Afsnittet har endvidere til formål at oplyse læseren om, hvordan mit empiriske grundlag er fremkommet.

5.1 Vidensproduktionsprocessen

Afhandlingsprocessen har været opdelt i flere dele. Indledningsvis blev den massive litteratur omkring emnet risikokommunikation studeret for at skabe en overordnet teoretisk og praktisk forståelsesramme.

Denne forståelsesramme gjorde det muligt at arbejde ud fra nogle teoretiske tilgange, som samtidig gjorde, at jeg blev i stand til at analysere og strukturere den empiri, som skulle anvendes. Jeg har således sideløbende arbejdet med teori (herunder forskellige forskeres, teoretikeres og eksperters tilgange til risikokommunikations-konceptet) samt primær og sekundær empiri for at kunne besvare problemstillingen. Empirien og teorien har fortrinsvis fungeret som understøttende faktorer til de argumenter, der er blevet fremført i løbet af analysen og diskussionen. Vidensproduktionsprocessen kan ifølge Andersen (2005:24) skitseres af nedenstående figur.



Model 4: Vidensproduktionens hovedelementer og arbejdsgang

Kilde: Andersen, 2005:24

Den videnskabsteoretiske ramme er bestemmende for, hvordan problemformuleringen besvares, herunder hvilket fænomen der ønskes undersøgt, og hvordan det kan undersøges. I denne afhandling er fænomenet, om SARS pandemien har haft en indvirkning på WHO's risikokommunikation og på hvilken måde. For at undersøge fænomenet foretages først og fremmest en beskrivende undersøgelsesmetode (Andersen, 2005:20) for at klargøre, hvad risikokommunikationsbegrebet dækker over, og hvordan

konceptet har udviklet sig både i historisk perspektiv, men også i et WHO perspektiv. Dernæst i afhandlingen gøres der brug af den forklarende metode (Andersen, 2005:22). "Den forklarende undersøgelsestype er nært beslægtet med den problemløsende/normative metode" (Andersen, 2005:22). Begrundelsen for, at jeg ikke benytter den sidstnævnte metode er, at formålet med min afhandling ikke er at komme frem til en konkret løsning eller komme med forslag og anbefalinger hertil eller at afhjælpe diagnosticerede problemer, hvilket netop er essensen i den problemløsende/normative metode (Andersen, 2005:23). Min problemformulering er derimod bagudrettet og ønsker at belyse et "hvorfor spørgsmål", og hvad der ligger til grund for dette, hvilket er essensen i den forklarende metode "hvilke x der er årsag til y" og derfor forklaring på mit metodevalg (Andersen, 2005:22).

5.2 Metodiske overvejelser og undersøgelsesmetode

Mine metodiske overvejelser dækker over de overordnede metoder (valg/fravalg), der anvendes til besvarelsen af min problemformulering samt til beskrivelse af den videnskab der anvendes, og måden den anvendes på. Inden jeg uddyber afhandlingens mere empiriske grundlag, er det oplagt at give et indblik i mine overordnede metodiske overvejelser for afhandlingen.

Efter at have gennemgået vidensproduktionsprocessen valgte jeg, for at gøre det så overskueligt som muligt for både læseren og for afhandlingens struktur, at inddele min afhandling i tre overordnede blokke: WHO, SARS og risikokommunikation. Endvidere valgte jeg også at inddele min empiriske analyse i tre dele. Analysen er skrevet ud fra et WHO perspektiv og har til formål at påvise, på hvilken måde WHO strategisk arbejder med risikokommunikation som redskab, før, under og efter SARS pandemien.

I forhold til besvarelsen af min problemformulering har jeg fundet det nødvendigt at basere en stor del af min empiriske analyse på WHO materiale såsom artikler, undersøgelser, publikationer og rapporter, fordi jeg har haft til mål at finde frem til, om og hvornår organisationens risikokommunikation ændrer sig. Derfor vil analysen umiddelbart fremstå som en WHO selvfremstilling, fordi jeg i første omgang ønskede at se på WHOs "egen-fremstilling" af organisationens historie, formål, arbejde mv. Herefter fandt jeg frem til andre kilder såsom eksperter, andre organisationer og journalister, som tager fat på de imidlertid mere kritiske sider af WHOs arbejde og organisation, hvilket giver udslag i en interessant kritisk diskussion og ny vinkel til besvarelse af min problemformulering. Dette gør, at metoden ikke kun bliver baseret på en selvfremstilling af WHO, som ville have begrænset afhandlingens fokus men bidrager derimod til en mere nuanceret diskussion.

Endvidere kan litteraturen omhandlende risikokommunikation opdeles i tre kulturer (Petersen, 2006). Ordet kultur kan i denne sammenhæng sidestilles med verdensanskuelse eller tilgange og er endnu engang med til at påvise, at risiko er et bredt begreb, som dækker over mange forskellige grene. Valget af kulturen eller tilgangen er således essentiel, da det er afgørende, at modtageren fra starten er opmærksom på, hvilken tilgang som lægger rammen for afhandlingen.

Den første kultur er forbundet med den økonomiske og tekniske litteratur, primært inspireret af finansiell teori og bliver benyttet til at opgøre stort set alle typer af risici. Derved bliver den også benyttet af offentlige myndigheder til at vurdere trafiksikkerhed, miljørisici, fødevarerikkerhed etc. (Petersen, 2006). Den anden kultur repræsenterer en mere antropologisk tilgang til risiko (udarbejdet primært af teoretikeren Mary Douglas). Centralt for denne tilgang er, at vores forståelse af risiko anses som et spørgsmål om kultur og syn på verden (Petersen, 2006). Den tredje kultur er de sociologiske tilgange til risikobegrebet (primært forbundet med teoretikerne Ulrich Beck, Niklas Luhmann og Anthony Giddens). Her er risiko forstået som en diskursiv praksis eller kommunikationsform, der er i konstant forandring og led i de beslutninger og praksisser, som præger ethvert moderne samfund (Petersen, 2006).

Henholdsvis Mary Douglas og Ulrich Beck har begge stor betydning for min indsamlede empiri og den videre empiriske analyse. Ved at tage udgangspunkt i deres teorier har jeg hermed valgt, at denne afhandling har en socialkonstruktivistisk tilgang til besvarelse af problemformuleringen. Det socialkonstruktivistiske ståsted bunder i, at virkeligheden er socialt konstrueret og den opleves på baggrund heraf forskelligt afhængigt af individers sociale og kulturelle verdensbillede, som opretholder de sociale mønstre (Frost, 2007:12).

I socialkonstruktivistisk sammenhæng skal risikokommunikation derfor ansues og forstås som et middel, hvorigennem virkeligheden hele tiden forhandles og fortolkes (Frost, 2007:12). I forlængelse af min problemformulering betyder det, at risici skal forstås som et reelt fænomen i den forstand, at mennesker selv er med til at skabe de risici, de står over for, og på baggrund af sociale normer og kulturer stiller sig forskelligt til forståelsen og håndteringen af disse.

5.3 Formål med brugen af teorier

Mine valgte teorier i afhandlingen, Ulrich Beck (1997) og Mary Douglas (1979) benyttes til hvert deres formål.

Ulrich Becks analyse om risikosamfundet bruges som en overordnet ramme for afhandlingen og til at understøtte fundne påstande og argumenter gennem analysen, til hvorfor og hvordan det kan lade sig gøre, at WHO's risikokommunikation kommer til at ændre sig på baggrund af SARS pandemien.

Mary Douglas teori og gruppe/gitter model har i denne afhandling to formål. Det første går ud på at være Ulrich Becks teori behjælpelig i supplerende af forståelsen for menneskers risikopfattelse, da Mary Douglas fokus ligger i, at kulturen ligger til grunde for menneskers risikopfattelse og risikohåndtering (jf. afsnit om Mary Douglas), frem for globaliseringen. Ved at benytte begge teoretikere i sammenhæng formår de at understøtte hinandens begrænsninger og mangler på en fornuftig måde.

Den deduktive metode tages i brug (Riis, 2005:29), (Boolsen, 2004:59), da det andet formål med brugen af teorien er at efterprøve Mary Douglas gruppe/gitter model (jf. afsnit om Mary Douglas). Den deduktive metodes fokus ligger på: "fra teori til data" (Riis, 2005:29). "Her betragtes teorien, hypoteser udledes fra teorien og de testes på de empiriske observationer (data)" (Boolsen, 2004:59). Der ligger i udarbejdelsen af hhv. Ulrich Beck og Mary Douglas teorier en forskel på omkring 30 år. Jeg ønsker derfor at efterprøve, om Mary Douglas trediveårige model stadig kan benyttes til Kina og Vietnam eksemplerne (jf. analysedel II), hvilket i forhold til min problemformulering er relevant, da modellen gerne skulle forklare, hvordan de to lande stiller sig over for risikohåndtering og -forståelse set i forhold til, hvilken livsstilskultur (jf. afsnit om Mary Douglas) de tilhører. Dette vil være endnu en vigtig faktor, der kan være med til at forklare, hvorfor WHO ændrer deres risikokommunikation på baggrund af SARS udbruddene i de respektive lande, Kina og Vietnam.

I forhold til ovenstående gennemgang af hvordan jeg har valgt at benytte mine teorier i afhandlingen, benytter jeg mig udover den forklarende metode, også af den deduktive metode, som er eksempel på en teoriafprøvende metode, som danner grundlag for et systematiseret og fortolket materiale, som er medvirkende til en interessant og fyldestgørende analyse og diskussion.

5.4. Empiri

I afhandlingen er der gjort brug af både primær og sekundær empiri. Min primære empiri består af feltarbejde og kan kategoriseres som kvalitativ. Den primære empiri udgør personlig deltagelse i et "NGO-møde" i Hanoi, Vietnam. Den sekundære empiri har jeg tilegnet mig udelukkende via desk research og består af bøger, rapporter, artikler, power point præsentationer mv., som alle indeholder kvalitative og kvantitative data og undersøgelser omkring WHO og risikokommunikation, foretaget af WHO selv, andre organisationer og NGO'er, teoretikere, eksperter og myndigheder mv.

Undervejs har jeg gjort mig empiriske overvejelser i forhold til min problemstilling. I og med at dette primært er en bagudrettet diskuterende afhandling, som ikke fokuserer på en egentlig løsning, har jeg fravalgt at gøre brug af primær empiri såsom spørgeskemaundersøgelser og fokusgrupper. Hvis afhandlingens fokus havde været anderledes, f.eks. hvordan borgere forholder sig til WHOs risikokommunikation, ville det have været oplagt at gøre brug af f.eks. spørgeskemaundersøgelser for at få et mere direkte indblik i borgernes holdninger. Baseret på afhandlingens problemstilling er jeg af den mening, at benyttelsen af den sekundære empiri til at undersøge fænomenerne samt til at understøtte mine argumenter er den bedste metode. Den primære empiri skal nærmere ses som genstand til at underbygge og lægge et solidt fundament til den sekundære empiri.

5.4.1 Primær empiri

5.4.1.1 Mødedeltagelse i "Disaster Management Working Group" i Hanoi, Vietnam

Min mødedeltagelse (jf. bilag 1), som udgør min kvalitative undersøgelsesmetode, havde til formål at få et praktisk og dybere indblik i mit emne. Mødet foregik i Hanoi i Vietnam med "Disaster Management Working Group" (herefter DMWG), som er en gruppe, der mødes en gang månedlig for at diskutere, hvordan Vietnam på bedst mulig vis kan forberede sig på kommende epidemier og naturkatastrofer. Gruppen DMWG blev etableret efter SARS pandemiens opståen. Gruppen er sammensat af repræsentanter fra de største NGO'er i Hanoi, såsom Red Barnet, WHO, CARE og Vietnam Røde Kors mv. Mødedeltagelsen er frivillig, og agendaen skifter fra møde til møde. DMWG har til formål at give alle NGO'er mulighed for at mødes og tværfagligt diskutere og dele viden og samtidig igangsætte initiativer til endnu mere effektivt samarbejde på tværs af alle NGO'er og organisationer og herigennem stå stærkere næste gang en katastrofe indtræffer i Vietnam.

Særligt punkt 3 og punkt 6 i agendaen (jf. bilag 1) havde vigtig betydning for specialets problemstilling, i det jeg fik observeret, at SARS pandemien har haft stor indflydelse på Vietnam, og SARS udbruddet i Vietnam faktisk lå til grund for, at gruppen i første omgang blev etableret. Derudover blev det til mødet tydeliggjort, at der i forhold til nye tiltag bliver draget på erfaringer fra SARS pandemien. Desuden fik jeg også dannet mig et godt overblik over, at "outbreak" og "risk communication" er blevet hverdagsbegreber for NGO'erne i Vietnam, og er noget som alle finder nødvendigt at forholde sig til i deres daglige arbejde.

Mange NGOer har oprettet særlige stillinger og arbejdsgrupper inden for organisationen, som kun beskæftiger sig med dette emne. Desuden har de fleste NGOer i Vietnam fået en særskilt internetside eller link til informationer omkring NGOens strategi og råd og vejledninger, hvis en katastrofe skulle indtræffe. Alt dette er også noget, som er blevet udarbejdet efter og på baggrund af SARS pandemien.

5.4.1.2 Interview med Jody Lanard og Peter Sandman

Fra begyndelsen af planlægningen af denne afhandling var et interview med ægteparret Jody Lanard og Peter Sandman planlagt. Begge er anerkendte risikokommunikationseksperter og Jody Lanard arbejdede som risikokommunikationskonsulent for WHO under SARS pandemien (Lanard, 2007) og er desuden kvinden bag WHOs publicerede "Outbreak Communication Guidelines" (Lanard, 2005, 2007), som denne afhandling også beskæftiger sig med.

Jeg så det fra starten som realistisk at opnå interviewet, da jeg har en fælles ven af parret, som hedder Dida Connor, der tidligere har arbejdet sammen med både Peter Sandman og Jody Lanard under SARS pandemiens udbrud i Vietnam. Jeg fik gennem Dida grønt lys til at Jody Lanard gerne ville være mig behjælpelig (jf. bilag 2), men desværre besvarede hun aldrig mine e-mails.

Bevæggrundene for at jeg ønskede at gøre brug af den kvalitative undersøgelsesmetode, i form af et dybdegående interview var, at jeg ønskede at opnå en dybere forståelse for problemstillingen inden for risikokommunikation, og om hvorvidt SARS pandemien har været med til at præge WHOs risikokommunikation. Et interview muliggør en skarpere vinkel på det, man søger svar på, som samtidig kan være med til at give et dybere indblik i emnet. Desuden ville det have medvirket til at understøtte argumenter og påstande og skabe en veldokumenteret analyse og diskussion. Selvom jeg ikke opnåede mit ønskede interview, kunne jeg have valgt at interviewe andre vigtige kilder, såsom danske risikoeksperter, der også kunne have bidraget til en veldokumenteret nuanceret diskussion og perspektivering af den empiriske analyse. Jeg valgte dog ikke at gøre brug af interviewmetoden, da jeg undervejs i vidensproduktionsprocessen i min sekundære empiri fandt frem til så valide kilder, som støttede op omkring informationer og oplysninger, som jeg også ville have kunnet erhvervet mig via et interview.

På baggrund heraf, med hold i min sekundære empiri, vil afhandlingen stadigvæk fremkomme med en valid, velargumenteret og nuanceret analyse og diskussion.

5.4.2 Sekundær empiri

Hovedbestanddelen af den sekundære empiri i min afhandling er tre rapporter. Den ene er udarbejdet af Institute for Bioethics, Health Policy and Law University of Louisville School of Medicine i november 2003. Rapporten (Rothstein, 2003) og hedder: "Quarantine and isolation: Lessons learned from SARS". Denne er blevet udarbejdet specifikt til CDC (Center for Disease Control and Prevention), som er en vigtig amerikansk samarbejdspartner af WHO og har til formål at være den amerikanske befolkning og alle andre interesserede behjælpelige med helbredsinformationer. Rapporten fokuserer på, hvilke metoder der blev taget i brug under SARS pandemien til bekæmpelse af denne, samt hvilke lærestreger de enkelte udsatte lande stod overfor. Rapporten har derfor udarbejdet specifikke casestudies af Kina og Vietnam under SARS pandemien. Det skal dog nævnes, at rapporten er blevet udarbejdet med støtte fra CDC, og holdninger og meninger gennem rapporten udelukkende er baseret på forfatterne og ikke CDC. Rapporten er baseret på mange valide undersøgelser, kilder og artikler.

For at få et mere nuanceret billede af SARS pandemien og dens følger har jeg desuden valgt at supplere med en anden rapport, "Risk Communication during the SARS epidemic of 2003 – Case studies of China, Hong Kong, Vietnam and Singapore. Rapporten er udarbejdet til SARS Control Research Programme, af Journalism and Media Studies Centre, The University of Hong Kong 2006. Denne rapport samt rapporten fra 2003 betyder, at jeg har to valide kilder, som er udarbejdet i hver deres land med 3 års mellemrum, som vil være med til at give mig et mere objektivt og nuanceret billede af, hvordan SARS pandemien foregik i hhv. Kina og Vietnam, og hvilken rolle WHO spillede i risikokommunikationssammenhænge overfor deres medlemslande.

Den tredje rapport er WHO's årsrapport fra 2002 (WHO, 2009), som specifikt omhandler risikokommunikation. Rapporten repræsenterer en af de største undersøgelser, som nogensinde er foretaget af risici. Den er udarbejdet i samarbejde med eksperter fra hele verden, og alle informationer og oplysninger er blevet samlet og analyseret af WHO og fokuserer på risikovurdering, håndtering og kommunikation. Rapportens fokus ligger dog ikke på epidemier men tager hånd om klodens sundhedstilstand generelt, hvorfor denne rapport mere har været med til at lægge baggrunden for hele mit empiriske fundament og er blevet benyttet gennem hele afhandlingen som opslagsværk og til at støtte op omkring andre kilder.

Herudover benytter jeg mig af relevant information fra WHO's hjemmeside (www.who.int), som omfatter information om organisationens historie, kriterier, partnere, nyheder, rapporter, undersøgelser, initiativer og tiltag m.m.

5.5 Validitet

I processen har det været af afgørende betydning, at validiteten er tilfredsstillende inden for empirien. Hvor god en validitet der er tale om, kan ifølge Andersen (2005:80) være svært at måle. Derfor bruger jeg skøn og argumenter for at opnå den største grad af validitet, som muligt. Undervejs i processen har jeg forholdt mig kritisk til de indsamlede data. Idet jeg i afhandlingen benytter mig af mange nuancerede holdninger og argumenter, har jeg udvist grundighed i at udvælge mine kilder samt lokaliseret disse fra velrenommerede databaser, akademiske værker samt saglige aviser og hjemmesider. Jeg har forholdt mig objektivt til mine kilders subjektive holdninger for at disse anvendes i rette kontekst.

I den primære empiri har jeg prøvet på bedste vis at forholde mig så objektivt til de forskellige udsagn fra de individuelle kilder og finder, at alle involverede personer er valide og troværdige i deres kommunikationsbudskaber, i og med at de arbejder med og ud fra risikokommunikationsprincipper i deres hverdag og har levet i Vietnam både før, under og efter SARS pandemien og derfor har mærket og været en del af den udvikling, som risikokommunikationen i Vietnam har taget på baggrund af WHO tiltag og samarbejde.

Ydermere har jeg gennem hele indsamlingsprocessen været opmærksom på, at megen af den fundne og benyttede empiri stammer fra WHO's egen database og publicerede værker.

Derfor er der også blevet lagt meget energi i at finde enten modsvarende eller tilsvarende empiri stammende fra andre troværdige kilder, som kan være med til at forstærke validiteten af udsagnene såvel de negative som de positive.

6. TEORI

Formålet med teoriafsnittet er at fremhæve valg og begrundelse for relevant teori i forhold til besvarelse af min problemformulering, og hvorledes jeg ønsker at benytte denne i afhandlingens senere analyse. Der findes meget litteratur omhandlende forskellige tilgange, modeller og teorier til risikokommunikation, og jeg har derfor i mit teoriafsnit valgt at tage afsæt i følgende: Peter Sandmans risikokommunikationshistorie gennemgang, "The EPA's Seven Cardinal Rules of Risk Communication", Mary Douglas "kulturteori" og "gruppe/gitter model" samt Ulrich Becks teori om "risikosamfundet".

De udvalgte modeller og teorier giver tilsammen et overordnet indblik i risikokommunikationsfeltet, ligesom de præsenterer en kobling af de tre vidensfelter: risikokommunikation, risikoforståelse og risikoopfattelse, som lægger op til min videre analyse og diskussion, omkring hvorvidt og hvordan SARS pandemien har influeret på WHO's risikokommunikation.

6.1 Peter Sandman

Peter Sandman er risikokommunikationsforsker og er sammen med sin kone Jody Lanard anerkendte risikokommunikationseksperter. I dette afsnit vil jeg gennemgå Peter Sandmans tilgang til risikokommunikationshistorie, som han inddeler i 4 evolutionære stadier, der hver især besidder egen filosofi og tilgang til, hvordan aktører gennem historien har ændret fokus i risikokommunikationen.

6.1.1 Risikokommunikationens historie og faser ifølge Peter Sandman

Det første stadie, som Peter Sandman kalder "pre-risk-communication stage", var fremherskende i USA indtil omkring 1985 (Sandman, 2001) og gik meget simpelt ud på, at regeringer, myndigheder og kommunikatører ignorerede offentligheden. I denne fase opfattes offentligheden, som håbløst dum og ekstremt irrationel, så tilgangen var derfor: Ignorer dem hvis muligt, misinformer hvis nødvendigt og lyv, hvis man tror man kan slippe af sted med det (Sandman, 2001). Formålet med kommunikationen var at beskytte den offentlige sundhed men uden intentioner om at inddrage offentligheden i selve beslutningstagningsprocessen, fordi det kun ville komplicere og besværliggøre processen (Sandman, 2001). Denne tilgang holdt dog kun ved til omkring midten af 80'erne³, hvor anden fase tog over.

³ "But this approach stopped working in the mid- to late 1980s. A movement began to take back power over environmental policy; and increasingly, when the public was ignored, controversies became larger. That was the experience of the nuclear power and chemical industries; the biotechnology industry is learning the same lessons today" (Sandman, 2001).

Anden fase indeholder komponenter af den risikokommunikation, som der i bredest forstand arbejdes ud fra og med i dag: "Learning how to explain risk data better" (Sandman, 2001). Peter Sandman hævder, at mange organisationer i dag stadig befinder sig på dette stadie, hvor fokus ligger på, at forklare sandsynlighederne for at risici opstår, og at modtagerne kan finde mening i disse. Eksperterne i dette stadie bliver bedre og bedre til at informere, og der fokuseres også på vigtigheden af et godt forhold til medierne (Sandman, 2001).

Det tredje stadie bygger videre på kommunikationen til modtagerne, og der fokuseres her på dialog med offentligheden, borgerne og især interesserede og bekymrede interessenter (Sandman, 2001). En af de vigtigste begivenheder i denne fase var EPA's publicering af "Seven Cardinal Rules of Risk Communication" i 1988 (jf. næste afsnit). Det centrale udgangspunkt er her, at det bliver klarlagt, at eksperter og befolkningen forstår og opfatter risici helt forskelligt, hvor befolkningen derimod ofte opfatter risici, som mere komplekse og komplicerede i forhold til eksperterne (Sandman, 2001), (Haukelid, 1999:12).

Det fjerde og sidste stadie indtræffer, når man indser, at fundamentale ændringer i en organisationskultur og værdier er nødsaget ændret, hvis man vil have offentlighedens opmærksomhed og tiltro. Fase fire går ud på at behandle offentligheden som en ligeværdig partner (Sandman, 2001). Dette stadie er ifølge Peter Sandman svært at opnå og gennemføre. Nogle nævneværdige grunde hertil er, at det er svært at få organisationer og individer til at forandre sig, og at mange mennesker, som arbejder inden for sundhedsområdet, ønsker at beskæftige sig med risici på en videnskabelig og faktuel måde og ikke med mennesker og deres psykologiske problemer (Sandman, 2001).

6.1.2 EPA's Seven Cardinal Rules of Risk Communication

Jeg har valgt at have EPAs regler med i min afhandling, fordi det har stor relevans for hvordan og hvorfor WHO's risikokommunikation har udviklet sig, som den har gjort.

EPAs syv regler om risikokommunikation har til formål at komme med retningslinjer og råd til, hvordan effektiv risikokommunikation kan opnås. Desuden er det ifølge Peter Sandman (2001) også her, at det bliver gjort klart, at risici opfattes forskelligt, hvilket er en vigtig pointe, som også Mary Douglas teori tager udgangspunkt i. Opklaringen er derfor afgørende og baner ny vej til, hvordan aktører herefter skal udforme deres kommunikationsbudskaber, da fokus nu bliver nødt til at ligge på modtagerens risikoopfattelse. Reglerne er baseret på studier og debatter omkring risikokommunikation, og reglerne kan applikeres såvel i den private som i den offentlige sektor. Selvom mange af reglerne virker meget simple og ligetil, bliver de

fortsat ikke fulgt og overholdt i praksis. Derfor er det interessant at vende det på hovedet og fokusere på, når man læser dem, hvordan det kan være at de, oftest, ikke bliver fulgt (Covello, 1988). Dette lægger op til besvarelsen af, hvorfor WHO ændrer deres risikokommunikation. De syv regler lyder som følgende (Covello, 1988):

- **"Rule 1.** - Accept and involve the public as legitimate partner "
- **"Rule 2.** - Listen to the audience"
- **"Rule 3.-** Be honest, frank and open"
- **"Rule 4.** - Coordinate and collaborate with other credible sources"
- **"Rule 5.** - Meet the needs of the media"
- **"Rule 6** - Speak clearly and with compassion"
- **"Rule 7** - Plan carefully and evaluate performance"

Peter Sandmans fire faser og EPAs regler er ikke direkte teorier men kan nærmere betegnes som "handleforskrifter" til mennesker, som beskæftiger sig inden for risikokommunikationsfeltet.

6.2 Mary Douglas

Den nu afdøde Mary Douglas (1921-2007) var en britisk socialantropolog som stadig i dag særligt er anerkendt for hendes analyser og teser omkring hvordan begreberne kultur og risici interagerer med hinanden, og at kulturen ligger til grunde for vores risikoopfattelser (The times, 2007). Jeg vil derfor i det følgende afsnit gennemgå Mary Douglas kulturteori og hendes gruppe/gitter model.

6.2.1 Kulturteori

Mary Douglas, som er ophavskvinde til kulturteorien (1966, 1979) og gruppe/gitter modellen (1970) er af den grundlæggende mening, at risiko ikke er noget, der findes i forvejen, men noget vi vælger at konstruere på baggrund af vores kulturer og samfundsopfattelser, hvilket vidner om, at Mary Douglas har en socialkonstruktivistisk tilgang til risikobegrebet (Oltedal, 2004). Det er dog her vigtigt at pointere, at Mary Douglas arbejde med risiko som en social konstruktion ikke afviser, at der findes fysiske farer i verden omkring os. Hendes pointe ligger derimod i, at risici så at sige ikke eksisterer i virkeligheden men derimod er kollektive forestillinger i menneskers hoveder (Oltedal, 2004).

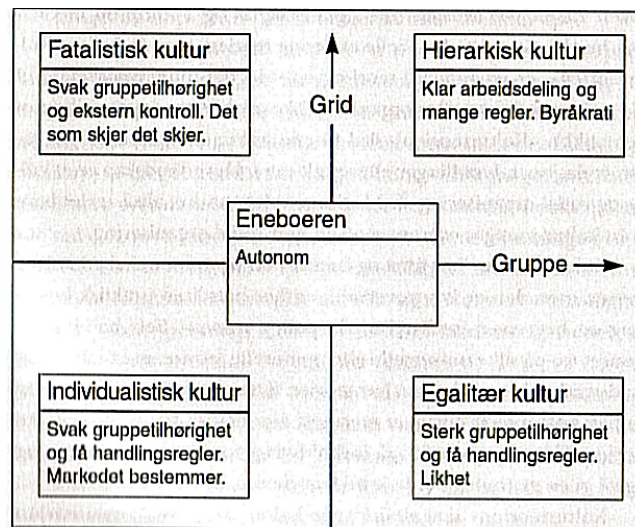
"I begge tilfælde er der imidlertid tale om en konstruktion, for alt, som lader sig udtrykke med ord, herunder viden, er kollektivt gennem sproget mener Douglas. Selv de naturlige risici får først betydning, når vi sætter ord på dem. Derfor kan der hverken findes risici, sygdom, farer eller nogen form for virkelighed, som ikke er socialt konstrueret, lyder hendes påstand" (Breck, 2001:49).

Kulturteorien beskæftiger sig derfor med begrebet risikoopfattelse og risikoforståelse, og om hvordan mennesker lever med, og hvorfor de agerer, som de gør, ud fra de risici de bliver stillet over for i de institutioner, som de er en del af (Oltedal, 2004:5). Institutioner skal, ifølge Mary Douglas, i denne sammenhæng forstås som værende enten et samfund, grupper inden for et samfund eller organisationssystemer (Arnoldi, 2009:41). Farer og risikoaccept afhænger af læren og den kulturelle og sociale iagttagelse (Oltedal, 2004:5). Pointen i Mary Douglas kulturteori er således, at vores risikoopfattelser bunder i vores kulturelle tilhørsforhold til de forskellige institutioner, vi som individ er en del af.

6.2.2 Gruppe/gitter model

Fundamentet for kulturteorien er Mary Douglas gruppe/gitter model (1970), som har til formål at analysere forskellige risikoopfattelser (Arnoldi, 2009:41). Modellen består af to dimensioner, en gruppe- og en gitterdimension (Douglas, 1992:106), (Haukelid, 1999:25). Gruppedimensionen angiver, i hvor høj grad individet har et tilhørsforhold til en gruppe "refers to whether an individual is member of bonded social units and how absorbing the group's activities are on the individual" (Oltedal, 2004: 18). Gitterdimensionen angiver, i hvor høj grad individet føler sig hæmmet af sociale konventioner i samfundet, "what degree a social context is regulated and restrictive in regard to the individuals' behavior" (Oltedal, 2004:18).

Gruppe/gitter modellen er opdelt i fire livsstilskulturer, hvoraf de placerede institutioner skaber deres gruppeidentitet ved at adskille sig fra hinanden. Det gør de, fordi de konstruerer hver deres myter om den verden, de er en del af – myter, som er med til at retfærdiggøre den livsstil, de lever efter (Rasmussen, 2008). Hovedpointen i modellen er ifølge Mary Douglas, at forskellige kulturer opererer med forskellige risikoforståelser og -opfattelser. Det gør de, fordi de fokuserer på forskellige risici og foreskriver herved forskellige praksisser, samt at de risikoopfattelser som findes, bliver støttet op af eller legitimerer den rådende moral og sociale orden inden for den givne kultur (Haukelid, 1999:22). Desuden er det vigtigt at understrege, at Mary Douglas er af den holdning, at et samfund kan indeholde alle de fire kulturer i et indbyrdes konkurrerende rangforhold (Haukelid, 1999:28).



Model 5: Gruppe/Gitter

Kilde: Haukelid, 1999:26

Som det kan ses af ovenstående model, er de fire livsstilskulturer, som den beskæftiger sig med: Individualisterne, Fatalisterne, Hierarkisterne og Enklavisterne og Eneboeren, som ikke tæller med som en egentlig kultur. I det følgende gennemgår jeg kort hver enkel kultur, hvori jeg forklarer, hvordan tilhørende mennesker herigennem opfatter risici, og hvordan de forholder sig til dem.

6.2.2.1 Individualisterne

Individualisterne frygter ting, som er i vejen for deres individuelle frihed, såsom krig og en socialistisk regering, fordi mennesker her er psykisk kontrolleret af andre, og fordi individualisterne støtter op omkring frie handelskræfter. Individualister ser derfor risici som en mulighed, undtaget når det går ind og sætter en stopper for friheden. Princippet følger her ordsproget "man er sin egen lykkes smed"(Douglas, 1992:105), (Olstedal, 2004:19).

6.2.2.2 Fatalisterne

Denne gruppe tager en meget lille del i det sociale liv, men alligevel er de bundet og reguleret meget af andre sociale gruppers holdning til risici, selvom de ikke tilhører disse grupper. Dette gør, at fatalisterne forholder sig rimelig ligegyldigt til risici, fordi det de frygter og ikke frygter for det meste bliver afgjort af

andre. Fatalister foretrækker at være uvidende omkring trusler og farer, fordi de går ud fra, at det alligevel er uundgåeligt. Fatalister kan derfor generelt betragtes som mennesker, der prøver ikke at bekymre sig om ting, som de alligevel ikke kan gøre noget ved (Douglas, 1992:105-106), (Olte dal, 2004:20-21).

6.2.2.3 Hierarkisterne

Mennesker i den hierarkiske livsstilskultur er tilhængere af fællesskabet. Der lægges stor vægt på at formelle, etablerede relationer, traditioner og institutioner bør opretholde strukturen i tilværelsen. Der er derfor stor tiltro til ekspertviden i denne kultur. Hierarkister accepterer således risici, så længe de vigtigste beslutninger går igennem regeringen eller eksperter (Douglas, 1992:104), (Olte dal, 2004: 20-21). Myndigheder vil derfor oftest være tilhængere af, og have tilhørsforhold til, denne livsstilskultur.

6.2.2.4 Enklavisterne

Denne gruppe er ligesom hierarkisterne tilhængere af fællesskaber men er i modsætning til dem ofte skeptiske over for eksperter og autoriteter og er derfor imod al formalitet og autoritære institutioner, fordi de mistænker dem for at udnytte deres magt. De foretrækker i stedet det enkle, ægte, ærlige og åndelige og er af den moralske forestilling om, at vi alle bør tage ansvar overfor de risici, som et samfund bliver udsat for (Douglas, 1992:105), (Olte dal, 2004: 20-21).

Yderligere skal nævnes en femte og sidste "livsstilskultur", der som tidligere beskrevet egentligt ikke kan betegnes som en livsstilskultur, nemlig eneboeren. Mennesker inden for denne "kultur" har brudt alle relationer til det sociale miljø og bor mere eller mindre som eneboere og modsætter sig de fire andre livsstilskulturer (Olte dal, 2004:20-21).

Kulturteorien og gruppe/gitter modellen har jeg valgt at inkludere som en af mine teoretiske grundstene i denne afhandling, fordi det er vigtigt for en organisation, som WHO at kunne sætte sig ind i, hvordan organisationen og dens samarbejdspartnere og medlemslande er organiseret i forhold til politisk ståsted, og hvilket syn den har på risiko, demokrati, hierarki, individualisme osv.

Ved at benytte teorien kan jeg derfor placere henholdsvis WHO, Vietnam og Kina i gruppe/gitter modellen og givetvis danne mig et overblik over, hvordan de forskellige institutioner forholder sig til risikoopfattelse og forståelse. Dette er afgørende for, om hvorvidt WHO har ændret deres risikokommunikation i relation til kulturen som gør, at de bedre kan sætte sig ind i deres modtageres risikoforståelse og opfattelse.

Selvom Mary Douglas teori og model umiddelbart virker let anvendelig og simpel, har den til stadighed mødt en del kritik. Et argument er, at det empiriske fundament for teorien simpelthen ikke er dybdegående nok (Oltedal, 2004:27-33). Et andet argument er, at teorien ikke holder stand som teori, da den kun beskriver tendenser i kulturer og disponerer over forskellige verdensanskuelser, og dette er ikke baggrund nok til at forudsige risikopfattelser i specifikke situationer (Oltedal, 2004:27-33). Et tredje argument er, at konceptet kultur ikke præciseres ordentligt (Oltedal, 2004:27-33). Et fjerde kritikpunkt er, at Mary Douglas teori og model er for firkantet, fordi tanken om at alverdens kompleksitet skulle kunne rummes i kun fire forskellige livsstilskulturer, ikke er mulig. Meget er sket med verden og mennesker siden modellens opståen. På grund af teknologien er mennesker nu også blevet en del af et globalt samfund, hvor der skal tages andre hensyn og forbehold end det, de fleste eventuelt er vant til at begå sig med i deres daglige livsstilskultur. Derfor kan det på sin vis siges, at det ville være mere fordelagtigt at opsplitte Mary Douglas fire livsstilskulturer i "mikrolivsstilskulturer", eller at der simpelthen skal tilføjes nye livsstilskulturer til modellen, som f.eks. en globaliseringslivsstil, fordi der vil være en del mennesker, som vil være svære at placere i gruppe/gitter modellen, da deres holdninger dækker over mere end en livsstil, og de derfor ikke kan eller vil puttes i bås.

Et sidste nævneværdigt kritikpunkt er, at det er nemt at forveksle teorien med at beskæftige sig med mennesketyper frem for teoretiske konstruktioner (Haukelid, 1999:31), og det skal derfor pointeres at teorien ikke beskæftiger sig direkte med individer men derimod institutioner og dertilhørende individer.

På baggrund af den givne kritik har jeg stadigvæk valgt at benytte Mary Douglas teori og model i min afhandling fordi jeg, som beskrevet i metodeafsnittet, ønsker at se på, om det til trods for teoriens alder, til stadighed vil være mulig, at anvende den til at kunne forklare risikopfattelser i vores globaliserede verden.

6.3 Ulrich Beck

En anden anerkendt teoretiker som ligesom Mary Douglas i sin teori har fokus på risici som socialt konstruerede fænomener samt på risikopfattelse og risikoforståelse, er blevet fremlagt af den tyske sociolog Ulrich Beck (1986)⁴.

Ulrich Becks teori har dog ikke sit hovedfokus på at kulturbegrebet ligger til grund for menneskers risikopfattelse, men retter derimod fokus på udviklingen i samfundet, globaliseringsprocessen som værende grund til, hvorfor mennesker reagerer og vurderer risici som de gør, og hvor han endvidere også

⁴ Dette værk blev dog først oversat til dansk i 1997: "Risikosamfundet – På vej mod en ny modernitet" (Beck, 1997)

centrerer sine teser omkring, at risici i takt med udviklingen også er markant anderledes end tidligere. Ulrich Becks (1997) arbejde er derfor centreret omkring begreberne og termene: Risikosamfundet, det reflektive moderne, det kosmopolitiske perspektiv og individualiseringen, som gennemgås i det følgende afsnit.

6.3.1 Risikosamfundet

I første omgang virker Ulrich Becks teori for så vidt enkel og simpel i dens form, da hans teori går ud på, at vi i dag lever i et "risikosamfund". Hvor risici tidligere overvejende stammede fra naturen, stammer de i dag først og fremmest fra os selv (Beck, 1997). Risici er derfor ifølge Ulrich Beck et produkt af den industrielle moderniseringsform, som medfører en række nye problemer og konflikter, som knytter sig til produktionen, økonomien og velfærden (Rasborg, 1999:18). Ulrich Beck pointerer samtidig, at der er en stor forskel på farer og risici, og forskellen ligger i, at det er naturen, som skaber farer og mennesker som skaber risici (Arnoldi, 2009:47).

Ifølge Ulrich Beck er der sket et skifte i samfundet. Denne transformeringsproces begyndte sidst i 1960'erne (Arnoldi, 2009:46), hvor samfundet gik fra at være et industrisamfund, til det Ulrich Beck betegner som et "risikosamfund". I industrisamfundet var målet at beherske og udnytte naturen, hvorimod det i risikosamfundet drejer sig om at beherske og udnytte det menneskeskabte, det vil sige videnskaben og teknologien.

Risici i industrisamfundet var ofte tilsigtede og derfor ofte synlige, velafgrænsede og lokale, fordi de ramte bestemte ofre inden for et veldefineret område og inden for et afgrænset tidsrum, eksempelvis en naturkatastrofe eller en arbejdsulykke (Breck, 2001:63-64). De risici, som risikosamfundet står overfor, er ifølge Ulrich Beck "nye risici", som er utilsigtede og derfor er mere usynlige, universelle og sværere at afgrænse (Arnoldi, 2009:46).

6.3.2 Det reflektive moderne og det kosmopolitiske perspektiv

I henhold til Ulrich Beck (1997) er verden altså gået fra et "første moderne", der var koncentreret omkring det klassiske industrisamfund, til et "andet moderne", der er koncentreret omkring risikosamfundet. Det første moderne moderniserede traditionen, mens det andet moderne moderniserede det moderne selv. Det andet moderne kaldes derfor også det reflektive moderne af Beck (Thorup, 2004:68)".

Det reflektive moderne er en andel del af Ulrich Becks teori om risici, som gør, at hans teori ikke længere kan betragtes som simpel og enkel. På baggrund af at verden lever i et risikosamfund ødelægges de "nye risici" den arbejdsdeling, der hidtil har eksisteret mellem stat og samfund.

"Man kan nemlig sige, at hvor samfundet indtil videre har haft til opgave at skabe velstand, har staten skullet sørge for at afbalancere og neutralisere følgevirkningerne ved rigdomsproduktionen. Denne opgave kunne staten sagtens løse i det klassiske industrisamfund, hvor de risici, den skulle håndtere, var partikulære og lokale. Men i og med risikosamfundets produktion af almene og globale risici mister den enkelte stat muligheden for at kunne spille en såkaldt afbalancerende og neutraliserende rolle i forhold til risiciene. Staterne er nemlig organiserede som nationalstater - altså som stater, der er begrænset til et bestemt territorium. De kan derfor ikke for alvor stille noget op over for de nye, ikke-territoriant afgrænsede risici. (Thorup, 2004:69-70)".

Derfor ifølge Ulrich Beck er problemet, at man i risikosamfundet har med mennesker at gøre, som lever i det nye samfund men tænker som i det gamle (Thorup, 2004:72). Ulrich Becks pointe er her, at man på baggrund af udviklingen ikke længere må tænke i nationale baner men skal udvide sine tanker til det globale perspektiv, eller det som Ulrich Beck også betegner som et "verdensrisikosamfund" (Thorup, 2004:69).

Risici, som pandemier, kan ramme alle mennesker i verden, og skal derfor også bekæmpes globalt og ikke nationalt, hvilket er en vigtig pointe i Ulrich Becks teori og samtidig et af argumenterne til, hvorfor situationer udvikler sig som de gør i dag og ofte nemt kan gå galt, fordi regeringer og stater tænker og arbejder ud fra et nationalt perspektiv frem for et globalt. Muligheden for at gøre op med farer og de nye risici, som er opstået på baggrund af globaliseringen er ifølge Ulrich Beck, at man skal erkende "farernes globalitet" og erkende, at risici ikke kun truer isolerede og uafhængige nationalsamfund, men hele verdenssamfundet (Thorup, 2004: 77). Kun et sådant kosmopolitisk perspektiv vil i henhold til Ulrich Beck:

"åbne for en politisk og samfundsmæssig registrering af de nye, positive muligheder, som globaliseringen også fører med sig. Hvor det nationalstatslige perspektiv alene tillader os at se det negative katastrofepotentiale i den nye situation – at se, hvor truet nationalstaten er af globaliseringen – åbner det kosmopolitiske perspektiv for nye muligheder for samarbejde på tværs af nationalstaterne uden at gøre os blinde for farerne (Thorup, 2004:77)".

Med det reflektive samfund, risikosamfundet, er udenrigspolitik blevet til verdensindenrigspolitik, og ifølge Ulrich Beck er der heraf opstået det, han betegner som et globalt meta-magtspil (Thorup, 2004:75). Reglerne i dette spil om magt er hele tiden under forandring, hvoraf aktørerne ikke på forhånd er klart

definerede. Men en ting er sikkert, nationalstaternes positioner er rykket til at være på linje med andre spillere i det økonomiske og politiske magtspil, heriblandt særligt NGOer og organisationer (Thorup, 2004:73), og i denne sammenhæng WHO, som jeg vil komme nærmere ind på i min analyse.

6.3.3 Individualisering

Et andet fænomen, som er blevet mere udbredt i takt med risikosamfundsudviklingen, er den stigende individualisering, der hovedsageligt præger den vesterlandske kultur (Beck, 1997:kap. 4+5). Individualiseringen kommer til udtryk ved, at vi i dag i stigende grad vælger, tilrettelægger, designer, styrer og kontrollerer vores eget liv på tværs af fastlagte normer og traditioner (Beck, 1997:kap. 4+5). Det enkelte individ er kommet i centrum og mange af de sociale, etniske, geografiske og familiemæssige bånd, som tidligere var bestemmende for individets muligheder, findes ikke længere. Det samme kan siges om en del af de samfundsmæssige strukturer, som var rammen for de traditionelle fællesskaber: familien, håndværket, partiet og nationen (Beck, 1997:kap. 4+5).

På sin vis kan man sige, at det positive aspekt i individualiseringen ligger i, at individet har mere frihed til at vælge og danne egen holdning til verden og ikke kun behøver at sætte sin lid til regeringen og myndighederne. Men ifølge Ulrich Beck fører denne frihed også til usikkerhed, som igen er med til at skabe nye stressfaktorer (Arnoldi, 2009:51). Usikkerheden bunder i dårlig ledelse af risici. Hvor mange gange har eksperter, myndigheder, regeringer mv. ikke taget fejl? Og hvorfor skulle de ikke gøre det igen? (Beck, 2007/2009:54). Derfor stiller usikkerheden mennesker i et dilemma, da de udover at skulle forholde sig individuelt til risici, stadig er bundet af det autoritære, og er nødt til at ty til at stole på myndighederne og regeringerne i risikosituationer (Beck, 2007/2009:54), hvilket leder over i en anden fundamental påstand i Ulrich Becks tese, nemlig at mennesker generelt, på baggrund af individualiseringen og risikosamfundet, har svært ved at vurdere hvor stor faren ved en risiko egentligt er. Der kræves derfor ekspertviden til at vurdere risici og mennesker i risikosamfundet ser sig således nødsaget til at ty til ekspertviden omkring risikovurderinger, hvilket til tider ender i et paradoks:

"Samtidig med at vi er mere og mere afhængige af eksperter, for at kunne føle os trygge, så er der også en faldende tillid til de videnskabelige autoriteter blandt almindelige mennesker og i samfundet som helhed. Eksperterne har jo før taget fejl, så hvordan tør vi stole på, at de ikke gør det igen?" (Beck, 2001:65).

Ydermere er vi i dag i en situation, hvor eksperter har forskellige opfattelser og beregninger af risici, hvilket betyder, at det politiske system ikke altid modtager entydig anbefalinger og rådgivning til håndtering af

forskellige risici fra eksperter, myndigheder og risikokommunikatører. I denne sammenhæng er det derfor vigtigt at være opmærksom på, at videnskabens iagttagelser, analyser og fortolkninger er påvirket af sociale og subjektive værdier, som gør, at en forsker eller ekspert aldrig kan være 100 % objektiv, da denne ligesom alle andre mennesker vil være præget af sin baggrund og holdninger.

I min empiriske søgen har den positive kritik af Ulrich Becks teori om risikosamfundet tydeligt overskygget det negative, og jeg har haft en del besvær med at finde frem til direkte negativ kritik af det indholdsmæssige i teorien. Derimod går den fundne kritik ud på, at teorien ikke har grobund i en videnskabelig metode og empirisk ballast, og brugen af de informationer Ulrich Beck fremkommer med, kan derfor ikke betragtes som en egentlig teori, men snarere en analyse eller iagttagelse (Rasborg, 1999:104-105).

På baggrund af min teoretiske gennemgang og kritik af Ulrich Beck, ser jeg dog stadigvæk teorien som yderst brugbar og relevant for min afhandling og tager hermed afstand fra kritikken. Ulrich Becks teori er særligt relevant i forhold til min problemformulering, fordi termen risikosamfundet åbner op for nye former for viden og anerkendelse af menneskelige erfaringer og dannelsen af nye fællesskaber. En ny refleksivitet opstår, og med den følger behovet for nye kommunikationsveje og nye demokratiske institutioner og strukturer. Således lægger teorien rammen for min afhandling og skaber god mening for at WHO finder det nødvendigt at ændre deres førte risikokommunikationsstrategi på baggrund af SARS opståen.

7. DEN EMPIRISKE ANALYSE

For at gøre min analyse så overskuelig som mulig har jeg inddelt den i før, under og efter SARS pandemien. Den første del vil gennemgå WHO's kommunikation fra organisationens etablering til før SARS pandemien brød ud. Samtidig vil formålet være, om jeg ud fra min indsamlede empiri vil kunne udlede, om det direkte kan påvises, at WHO ændrer i deres førte risikokommunikation, og hvad der ligger til grunde herfor.

I anden del vil jeg tage udgangspunkt i to SARS case studier af landene Kina og Vietnam og herfra analysere, hvilken rolle WHO spillede overfor deres medlemslande under SARS pandemien, og om hvorvidt case studierne har haft en effekt på WHO's risikokommunikation og i givet fald med hvilke følger. Ydermere vil afsnittet også beskæftige sig med mediernes rolle, hvor fokus vil ligge på den magtindflydelse medierne i dag har fået til direkte at påvirke borgere og samfunds risikoforståelser, når det gælder pandemier (Kalpana, 2003), og hvordan det har haft en effekt på WHO's risikokommunikation.

Canada var det land, som havde allerflest SARS smittede i den vesterlandske verden (jf. model i SARS afsnit), og man kan derfor spørge, hvorfor jeg ikke anvender Canada som eksempel på et case studie. Jeg har valgt ikke at fokusere på Canada, da jeg mener, at jeg vil kunne få en bedre analyse og diskussion i at sammenholde to asiatiske lande, som man umiddelbart, i forhold til Mary Douglas kulturteori og gruppe/gittermodel, skulle gå ud fra ville reagere ens i deres risikoopfattelse og risikohåndtering af en pandemi, men hvor resultaterne viste, at de stillede sig fuldstændig forskelligt i deres opfattelse for, hvordan pandemien på bedst mulig vis kunne bekæmpes i et risikokommunikationsperspektiv. Hvis jeg havde valgt et vesterlandsk land over for et asiatisk land i mine case studier, ville det fra begyndelsen være taget for givet, at de ville håndtere og reagere forskelligt på SARS pandemien. Derfor finder jeg det mere interessant, at der i min sammenligning af to asiatiske lande kan fremkomme to så overraskende resultater, der ikke kunne ligge længere væk fra hinanden på en skala i risikokommunikation og håndtering.

Sidste del af min analyse vil omhandle tiden efter pandemien. Her vil jeg gå i dybden med, hvilken rolle WHO i dag har fået overfor deres medlemslande i risikokommunikationssammenhænge under en pandemi på baggrund af Kina og Vietnam eksemplerne. Endvidere vil jeg se på, om WHO's risikokommunikation i realiteten har ændret sig på baggrund af SARS pandemien, og i så fald på hvilken måde og med hvilke konsekvenser, heraf efterrationaliseringer og direkte tiltag.

7.1 Analysedel I – Før SARS pandemien

7.1.1 WHO's kommunikation indtil SARS pandemiens udbrud

I det følgende vil jeg gennemgå WHO's kommunikative udvikling fra dens etablering til før SARS pandemien brød ud i 2003, hvor jeg herigennem vil fokusere på, hvilke større udfordringer og negativ kritik WHO har stået over for gennem deres historie, og hvordan de kommunikativt har håndteret dette, og om det har haft konsekvenser for WHO's førte kommunikation. Gennemgangen vil derfor være opstillet både på baggrund af WHO's eget publicerede materiale samt udenforstående kilder, som fokuserer på de mangler og fejl WHO også har gjort sig, og som de ikke selv beskriver i deres selvfremstilling af organisationens udvikling. Herved fremkommer jeg med en nuanceret analyse og diskussion bestående af både subjektive og objektive holdninger til hvorfor, og hvordan det kan være at WHO er kommet frem til at arbejde med risikokommunikation, som de gør i dag. Ydermere skal det pointeres, at afhandlingen fokuserer på en bagudrettet forklarende metode, til hvad der skete og ikke fokuserer på mangler og fejl og dertilhørende råd og vejledninger til WHO.

7.1.2 WHO's kommunikation og arbejdsområder – en selvfremstilling

WHO har i deres publicering, "Fifty years of WHO in South East Asia" (WHO, 2006g), meget detaljeret gennemgået deres historiske udvikling i forhold til arbejdsområder og indsatser med særligt fokus på det sydøstasiatiske kontinent. Under overskriften "towards the new millenium" (WHO, 2006c), har WHO i punktorden konkluderet ud fra deres historiske gennemgang, hvad deres største præstationer og indsatser har været, som kan ses i bilag 3. Jeg har i det følgende valgt at gennemgå særligt udvalgte punkter fra bilag 3, da de er med til direkte at vise, hvordan WHO's kommunikation har ændret sig gennem tiden (WHO, 2006c):

- The eradication of smallpox and virtual elimination of certain communicable diseases and the control of most communicable diseases in the countries;
- The changes in the health systems and the health infrastructure in the countries;
- How development works, from the early days of "assistance" to countries, to a participatory and collaborative approach now where planning and decisions are jointly made with the countries collectively and individually;
- Decentralization and community-based people's movements reflecting the principles of WHO's slogan "Health for All--All for Health";

- Community-oriented education;
- The impact of WHO publications.
- The new and dynamic relationships between WHO and its Member Countries, working as partners in health development.

Fra dens etablering i 1948 havde WHO hovedsageligt fokus på at håndtere og udrydde eksisterende sygdomme, som kopper, mæslinger og tuberkulose (WHO, 2006g). Men i 1970erne sker der et skift eller en udvidelse af fokus, da WHO nu også fokuserer på forbedringer af sundhedsvæsenet og helbredstilstandene i de enkelte medlemslande (særligt Sydøstasien), fordi de var mangelfulde (WHO, 2006g). Sundhedsvæsenet var ikke ordentligt udbygget eller udviklet, og den nationale helbredsplanlægning og proces var ikke til stede. Den arbejdsmodel man kendte til var den vesterlandske model, som ikke passede til de medlemslande, hvor situationen var alvorligst (WHO, 2006g). Den politiske interesse i medlemslandene omkring sundhed var også lav, og der var ingen form for samfundsdeltagelse til at opbygge og forbedre det eksisterende sundhedsvæsen.

Men på baggrund af WHOs indgriben kom der mere fokus på nationale sundhedsproblemer (WHO, 2006g), og positive resultater opstod, som gav udslag i mere samarbejde mellem nationale regeringer og nationale sundhedsmyndigheder, forøgelse af hospitalssenge samt fokus på informations og oplysningsarbejde, sundhedsuddannelse og feltarbejde, fordi størstedelen af befolkningerne i de tiltrængte medlemslande, boede og bor på landet (WHO, 2006g). WHOs metode omkring information og oplysning slog dog ikke til i første omgang i de respektive medlemslande, fordi deres fremgangsmåde var for bureaukratisk (WHO, 2006g). Mange anså det som belæring frem for videregivelse og rådgivning af information fra eksperter til individuelle og anskuede det som den "vesterlandske" metode var den eneste og rette metode, heraf kritikken (WHO, 2006g).

WHOs svar på denne kritik var følgende: "This was despite the fact that the first WHO Expert Committee on Health Education, in 1954, had stated: 'The aim of health education is to help people to achieve health by their own actions and efforts'" (WHO, 2006g). Dette eksempel er med til at vise, hvordan WHO dengang taklede kritik. I stedet for at tage kritikken til sig og evt. anvende den til brug af ny strategi og metode, valgte WHO at takle dette problem ved at skyde skylden på modtageren. WHO prøver at vaske deres hænder rene ved at sige, at deres arbejde ligger i at hjælpe deres medlemslande til selvhjælp, og den tog de givetvis ikke imod med åbne arme, som WHO havde forventet. Netop dette er med til at vise, at WHO arbejdede ud fra bureaukratiske forhold (jf. senere kritik afsnit), og de dengang ikke havde fokus på

modtagerens opfattelse men derimod fokus på WHO's egne mål. Dermed befandt de sig i forhold til Peter Sandmans risikokommunikationshistorie i fase 1 (jf. afsnit om Peter Sandman).

I 1980'erne fortsatte WHO deres arbejde med at forbedre nationale sundhedssystemer, hvoraf fokus især var på at skaffe den økonomiske hjælp til opretholdelse og vedligeholdelse af disse (WHO, 2006g). 1980'erne var samtidig det årti, hvor WHO opnåede en af deres største bedrifter nogensinde: at få udryddet sygdommen kopper (WHO, 2006g).

I slutningen af 80'erne og 90'erne stod WHO over for nye udfordringer. WHO stod overfor konsekvenserne af en stigende globalisering og måtte derfor også tage hensyn til, at landegrænser var mere flydende, når det gjaldt spredning af sygdomme, stigning i befolkninger og nye sygdomme som eks. HIV/AIDS og kogalskab, som der ikke kunne frembringes vacciner imod. Især HIV/AIDS gjorde WHO opmærksom på, at der ikke var nogen standardmetode eller universel opskrift på, hvordan nye sygdomme og epidemier bedst muligt kunne håndteres (WHO, 2006g). På baggrund af de nyere udfordringer som WHO stod overfor i 80'erne, udvidede WHO deres strategi overfor indgriben i kriser og katastrofer i 1990'erne (WHO, 2006g).

"In the early years, this assistance was mainly in the form of immediate action to combat epidemics and provide relief to victims of a calamity. Later, WHO's policy shifted from this ad hoc response, to the promotion of preparedness at the country, regional and global levels" (WHO, 2006g).

Netop dette citat vidner om, at WHO udvider deres kommunikationsstrategi. I stedet for kun at fokusere på den eksisterende krise eller katastrofe, udvider WHO deres fokus til også at være centreret omkring forberedelsesprocessen til kommende katastrofer. Denne indsigt hænger samtidig godt sammen med Ulrich Becks teori om risikosamfundet (1997), fordi man i risikosamfundet står over for nye slags risici, og derfor kan man ikke gøre "som man altid har gjort" og forvente samme resultater (jf. afsnit om Ulrich Beck).

På baggrund af ovenstående er det herefter tydeligt, at WHO fra 90'erne i deres kommunikation arbejder ud fra et risikokommunikationsperspektiv. Dette kan blandt andet ses gennem mere samarbejde med andre organisationer, NGO'er, mv. (WHO, 2006g) og nye arbejdsgrupper bliver etableret "Natural Disaster Preparedness and Response" og GOARN. "Natural Disaster Preparedness and Response" bliver udviklet og etableret af WHO og er et globalt forberedelses sundhedsprogram, som hjælper enkelte medlemslande til at styrke deres nationale kapaciteter, så de er bedre rustet mod fremtidige kriser og katastrofer (WHO, 2006g). GOARN (Global Outbreak Alert & Response Network), som også blev etableret af WHO, er et frivilligt samarbejde mellem omkring 140 institutioner, som også har til formål at støtte lande under sygdomsudbrud (Center for biosecurity, 2009).

Fra 1995 begynder WHO årligt at publicere "WHO Health Report". Disse rapporter er bl.a. en gennemgang af, hvad WHO har fokuseret på, udrettet og formålet og indeholder en general oversigt over verdens helbredstilstand. Hvert år sætter WHO fokus på et særligt emne. I år 1996 var fokus f.eks. "Fighting disease Fostering development". I 2000 hed temaet "Health systems: Improving performance", og i år 2004 "Changing history" (WHO, h). En rapport som er særlig interessant for denne afhandling, er derimod rapporten fra 2002, som beskæftiger sig udelukkende med risikovurdering og risikokommunikation. Rapportens tema er "reducing risks promoting healthy life" og gennemgår, hvorfor det er så vigtigt for alle, som arbejder med fremme af sundhed, at der sættes fokus på risikokommunikation som effektivt middel til at reducere fremtidige risici (WHO, h).

Denne rapport er endnu engang med til at vidne om, at WHO åbent arbejder med risikokommunikation. Endvidere er alle rapporter et eksempel på, at WHO prøver at være en åben organisation, der ønsker at dele både, hvad den som organisation arbejder med og har opnået, men samtidig også hvilke problemer verdenen generelt står over for, når det drejer sig om global sundhed.

Med henblik på ovenstående gennemgang kan jeg således udlede, at WHO har fulgt Peter Sandmans opstillede risikokommunikations faser, da de er gået fra at være overbureaukratiske i fase 1, til i fase 2 at åbne op for og have mere fokus på modtageres forståelse og indsigt i de forskellige udsendte budskaber, til fase 3 i slutningen af årtusindet at fokusere meget mere på offentligheden og åben dialog med alle involverede parter, hvilket jeg vil komme nærmere ind på i min videre analyse.

7.1.3 Kritik af WHO

En af WHO's største kritikere er journalisten Paul Dietrich "one of WHO's most vocal critics" (Doherty, 2002), som blandt andet arbejdede for Wall Street Journal (Doherty, 2002). Hans kritik går ud på, at WHO eksisterer for bureaukratiets skyld og fokuserer på den vestlige eller den "første verdens" problemer frem for tredje verdens problemer.

"Dietrich publicly and repeatedly complained that WHO was a bureaucracy for bureaucracy's sake, mired in useless statement-making and conference-giving. He thought it focused too much on First World concerns -- such as seatbelt campaigns and smoking -- and not enough on the developing world's sick and poor" (Doherty, 2002).

Et andet kritikpunkt af WHO ifølge Paul Dietrich er endvidere, at WHO fokuserer for meget på at udvikle sundhedssystemer frem for at fokusere på sundhedsresultater "to WHO, health systems are more important than health outcomes" (Doherty, 2002). Endvidere er et stort problem for WHO, at de har et meget begrænset budget (jf. afsnittet om WHO). Ifølge Paul Dietrich fungerer organisationen på dette område derfor heller ikke optimalt, dels fordi den også internt bliver for bureaukratisk, da alene sekretariatet (WHA) tager en kæmpe del af deres samlede budget (WHO, 2006g), og ifølge Peter Dietrich er der herefter ikke mange ressourcer tilbage til WHO's arbejde, og endvidere at de bliver brugt til forkerte formål (Doherty, 2002). Det begrænsede budget er dog et problem, som WHO er klar over, og forrige og kommende generalsekretærer har alle forpligtet sig til at arbejde videre med dette og lovet, at WHO vil arbejde på at reducere omkostningerne inden for sekretariatet og overdrage mere magt og penge til der, hvor problemerne ligger (WHO, 2006g).

Kritik af en så stor organisation som WHO vil være uundgåelig, og Dohertys (2002) videregivelse af Paul Dietrichs kritik af WHO er også medvirkende til, at man som udefrastående tænker en ekstra gang, om hvorvidt WHO kan betegnes som en troværdig og åben organisation, som virkelig arbejder for at udrydde sygdomme og forbedre verdens sundhed, eller om motivet ligger i at feje for egen dør. I sidste ende drejer det sig dog om fortolkninger, og til trods for kritikken skal det pointeres, at intentionen bag den eksisterende organisation og deres arbejde med risikokommunikation før SARS pandemien, ud fra ovenstående beskrivelse, var at arbejde mod en sundere verden, som igen har til formål at gavne mange millioner mennesker, hvilket ikke kan ses som værende en overbureaukratisk handling.

7.1.4 Delkonklusion

Som det kan udledes af gennemgangen af WHO's kommunikation, har de ifølge dem selv ændret deres kommunikationsfokus til direkte at involvere risikokommunikation i deres overordnede ledelsesstrategi. Det har de på baggrund af nye udfordringer, som globaliseringen har medført. Men i forhold til den kritik WHO har modtaget gennem tiden, kan det også udledes, at WHO valgte at ændre deres kommunikationsfokus for samtidig at gøre op med den kritik, som WHO har haft modtaget gennem tiden. Kritikken har derfor også haft indflydelse og været med til at forme den risikokommunikation WHO prøver at udføre, hvilket blandt andet kan ses i, at de i dag fokuserer meget på en åben, dialogorienteret og samarbejdsvillig kommunikation over for deres omverden og samarbejdspartnere, der prøver at gøre op med deres største kritikpunkt, nemlig at organisationen er for bureaukratisk i deres arbejdsmetoder. Kritikken har hermed også haft indflydelse på WHO's ændring i deres risikokommunikationsstrategi.

7.2 Analysedel II - Under SARS pandemien

For på bedst mulig vis at besvare min problemformulering har jeg valgt i anden del af analysen at WHOs risikokommunikation kan analyseres ud fra to praktiske eksempler, SARS udbruddene i Kina og Vietnam. Ved at tage udgangspunkt i disse vil jeg vise, hvilke forskellige roller WHO havde over for deres medlemslande, og på hvilke forskellige måder de håndterede de forskellige udfordringer den samme sygdom stillede ved brugen af risikokommunikation som ledelsesværktøj. Det skal dog huskes på, at eksemplerne her belyser WHOs risikokommunikation med henblik på at hjælpe lande på det sydøstasiatiske kontinent, og hvis et andet eksempel, som Canada, var blevet benyttet, havde WHOs vejledninger og anbefalinger højst sandsynligt været forskellige.

De to casestudier som jeg har udvalgt, er fra hhv. landene Kina (herunder *ikke* Hong Kong og Taiwan) og Vietnam. Grunden til at jeg specifikt har valgt disse lande er, for det første, fordi de repræsenterer eksempler på, hvad hhv. god og dårlig risikokommunikation kan føre til. For det andet fordi Kina er ophavsland til SARS sygdommen, og Vietnam er det land, som fik sat endeligt navn på den ukendte sygdom og det første land til at blive erklæret SARS frit (jf. afsnit omkring SARS).

7.2.1 Kina

SARS pandemien udbrød i Kina i Guangdong provinsen, hvor fra den spredte sig til 24 andre kinesiske regioner, provinser og byer med konsekvensen, at der i perioden november 2002 til midt maj 2003 var 5327 mennesker, som blev smittet med SARS. Heraf mistede 348 mennesker livet (Journalism and Media Studies Centre, 2003:17).

Kinas familiekultur og styreform viser, at landet består af 1,3 milliarder indbyggere, hvoraf 16,3 millioner mennesker er bosat i hovedstaden Beijing. Det officielle sprog er mandarin-kinesisk, hvor der herudover findes andre dialekter og minoritetssprog udenfor de større byer. Officielt har landet ingen tilhørsreligion, men de fem største og tilladte religioner er: buddhisme, konfucianisme, taoisme, islam og kristendom (Udenrigsministeriet).

I takt med den hastige økonomiske udvikling og stigende ulighed er korruption blevet et stort og stigende problem for den kinesiske ledelse. Gennem de sidste årtier har Kina dog gradvist udviklet sig fra at være en totalitær kommunistisk stat med et centralstyret økonomisk system til en mere liberal markedsøkonomi, ”med en væsentligt øget økonomisk, men også tiltagende social frihed for den enkelte borger. Politisk er

det kinesiske kommunistparti (KKP) magtmonopol opretholdt, og egentlig opposition accepteres ikke" (Udenrigsministeriet).

"Ytrings- og pressefriheden er stærkt begrænset og censur udbredt, om end der pr. 1. januar 2007 er givet mulighed for udenlandske journalister til at interviewe kinesiske borgere uden foregående tilladelse fra myndighederne. Der føres streng kontrol med internettet og hårde sanktioner pålægges dem, der anvender det til politisk opposition" (Udenrigsministeriet).

Det er i dag blevet mere normalt og acceptabelt at blive gift og stifte familie i en senere alder end tidligere. Kinesernes tradition er og har altid været at respektere de ældre og elske de unge, og det ses som nødvendigt og vigtigt, at respekten i familierelationerne opretholdes (Oracle, 1998).

På baggrund af ovenstående passer den kinesiske styreform og familiekultur bedst ind i den hierarkiske livsstilskultur, opstillet af Mary Douglas. Der bliver her lagt stor vægt på etablerede relationer og traditioner, og der er stor tiltro til ekspertviden, i og med at kineserne ikke har så meget andet at vælge imellem på grund af restriktioner af ytringsfrihed. Derfor er den kinesiske regering den ledende magt, når det gælder styreform, og hvilke anbefalinger og påbud de herigennem kommer med.

På baggrund af ovenstående kan jeg i det følgende således give en historisk gennemgang af, hvordan den kinesiske regering valgte at håndtere SARS pandemien og herudfra basere gennemgangen på, hvorfor det gik som det gik i forhold til både Mary Douglas og Ulrich Becks teorier om risikokommunikation.

7.2.1.1 Kinas risikokommunikation under SARS pandemien

Den kinesiske regerings risikokommunikation under SARS pandemien gennemgik tre faser (Journalism and Media Studies Centre, 2003:19). Den første fase var benægtelse og hemmeligholdelse af sygdommens eksistens. Den anden fase var erkendelse af sygdommens eksistens stadig med det forbehold at neddæmpe alvorligheden og konsekvenserne den dertil havde til følge. Sidste fase var åbenhed og offentlig mobilisering samt samarbejde med WHO til at bekæmpe sygdommen (Journalism and Media Studies Centre, 2003:19).

Da lokale kinesiske embedsmænd første gang blev gjort opmærksom på denne nye fremmede sygdom i november 2002, valgte de at holde problemet bag lukkede døre og løse det selv via intern eksperthjælp og krisemøder (Journalism and Media Studies Centre, 2003:20). Sygdommen blev hemmeligholdt fra offentligheden og borgerne, og information til medierne blev med vilje tilbageholdt. Hemmeligholdelsen af

SARS var dog ikke mulig i længere tid, da informationer blev lækket via internettet, SMS beskeder og små notitser i lokale aviser (Journalism and Media Studies Centre, 2003:20).

Til trods herfor fortsatte embedsmænd dog med at benægte sygdommen og undskyldte det med, at folk blev syge pga. vejrforandringen, da det var vintertid i Kina (Journalism and Media Studies Centre, 2003:20-21). Men rygterne blev ved med at spredes fra borger til borger gennem hele Kina, hvilket medførte, at der den 11. februar 2003 blev afholdt en pressekonference, hvor embedsmænd for første gang indrømmede, at der var at gøre med en atypisk lungebetændelse, men at situationen var under kontrol (Journalism and Media Studies Centre, 2003:21). Det blev fortalt, at de smittede var under effektiv behandling, og nogle allerede havde kommet sig, og det blev anvist ikke at gå i panik og ikke at tro på de eksisterende rygter. Samme dag blev det også rapporteret til WHO (Rothstein, 2003:73).

Fra midt april 2003 var det indlysende for den kinesiske regering, at sygdommen blev ved med at sprede sig, og indlysende at deres foranstaltninger og strategi ikke slog til. Samtidig opstod en usædvanlig situation, i og med at WHO valgte offentligt at kritisere den kinesiske regering. *"WHO took the unusual step in April 2003 of publicly challenging the PRC⁵'s report of the number of SARS cases in Beijing, even though in the past WHO had refrained from criticizing member states"* (Rothstein et al., 2003:72-73). Der blev på baggrund af den kontinuerlige spredning samt WHOs kritik derfor efterfølgende ændret drastisk i den kinesiske regerings førte strategi. I stedet for fortælle og neddæmpning af alvorligheden blev der fokuseret på åben og gennemsigtighed kommunikation og, at regeringen i samarbejde med WHO andre internationale organisationer og den kinesiske befolkning sammen skulle bekæmpe SARS (Journalism and Media Studies Centre, 2003:22-23). Der blev tildelt en stor sum penge, og lokalt og nationalt samarbejde blev etableret samt et nationalt SARS kontrol og behandlingshovedkvarter blev oprettet.

Den førte risikokommunikation skiftede til åbenhed og erkendelse af sygdommen til offentligheden, og daglige informationer og opdateringer blev udsendt både omkring SARS, og hvordan man bedst muligt kunne forholde sig til sygdommen og ikke blive smittet eller smitte andre (Journalism and Media Studies Centre, 2003:23). Dette resulterede i, at den 24. juni 2003 blev Beijing, som var det område, der var hårdest ramt, erklæret for SARS frit af WHO (Breckon:2).

Kina eksemplet er således bevis på to ting. For det første, at en forkert anlagt risikokommunikationsstrategi kan resultere i *"delayed outbreak control, undermined public trust and compliance, and unnecessarily prolonged economic, social and political turmoil"* (WHO 2005:4). For det andet at det også er muligt at

⁵ PRC: People's Republic of China

rette op på fejlene. WHO fik derfor med SARS udbruddet i Kina bevist, at risikokommunikation, overfor og i samarbejde med deres medlemslande, hvis benyttet rigtigt i den givne situation, er et nyttigt redskab til at opnå positive resultater for alle parter.

"... outbreak communication will result in greater public resilience and guide appropriate public participation to support the rapid containment of an outbreak, thus limiting morbidity and mortality. In addition, effective outbreak communication will minimize the damage to a nation's international standing, its economy and its public health infrastructure" (WHO 2005:11).

7.2.1.2 Hvorfor gik det Kina, som det gik?

Ovenstående historiske gennemgang af Kinas risikovurdering, risikohåndtering og risikokommunikation under SARS pandemien viser tydeligt, at Kina først og fremmest fik en kæmpe lærestreg i deres håndtering af sygdommen, hvilket ledte til mistillid, frygt og faldende tiltro fra befolkningen til autoriteter. Det blev derfor understreget overfor den kinesiske regering, at det i den verden vi lever i dag, til trods for nationale restriktioner, er umuligt at skjule og dække over afgørende informationer til offentligheden, da Kina - eksemplet viser, at informationerne alligevel kommer ud og hvis ikke de kommer ud gennem de rigtige kilder, kan situationen nemt komme ud af kontrol og skabe mere kaos og frygt end nødvendigt.

En anden afgørende lærestreg Kina og for dens sags skyld resten af verden også fik var, at selvom en sygdom opstår nationalt, er der ikke nogen, der kan vide sig i sikkerhed fra den. Man kan derfor på sin vis sige, udover globaliseringen inden for politik, økonomi og teknologi, at også sygdomme i dag er blevet globaliserede, i og med at det er hele verden, som står for skud. Med denne påstand vil jeg derfor pointere, at hvis nye sygdomme er blevet globaliserede, så medfølger det også nytænkning og strategiændring i forhold til, hvordan man skal vurdere og håndtere de risici, de "nye" sygdomme medfører. Derfor lå det også i kortene, at Kinas risikokommunikation skulle gå galt, i og med at de benyttede sig af en traditionel vurdering, håndtering og kommunikation, som de altid har udført, og som de også er kommet godt efter med, men som ikke på samme måde mere er mulig, fordi vi lever i en globaliseret verden med globaliserede borgere og samfund. Med andre ord lever vi, i henhold til Ulrich Becks teori, i et risikosamfund.

7.2.2 Vietnam

SARS kom til Vietnam 23. februar 2003 via en smittebærer fra Hong Kong (Journalism and Media Studies Centre, 2003: 45). Fra den vietnamesiske regerings offentliggørelse af sygdommen den 14. marts 2003, til WHO den 28. april 2003 erklærede Vietnam for SARS frit, (WHO, 2003) nåede 63 mennesker at blive smittet med sygdommen, hvoraf 5 døde (Journalism and Media Studies Centre, 2003: 45).

Vietnam består af 86,9 millioner indbyggere fordelt på 53 etniske befolkningsgrupper, hvoraf 6,2 millioner mennesker er bosat i hovedstaden Hanoi (Udenrigsministeriet, a). Vietnamesisk er det officielle sprog, og den officielle religion er buddhisme. Den økonomiske udvikling har medført, at Vietnam har opnået en stor reduktion i fattigdommen, fra 58 % i 1993 til 29 % i 2002 (Udenrigsministeriet, a). Den politiske struktur i Vietnam er baseret på et etpartisystem, hvor kommunistpartiet har monopol på den politiske proces og ikke tillader direkte udfordringer af dets autoriteter. Endvidere er de vietnamesiske medier også styret af regeringen (Journalism and Media Studies Centre, 2003:47). Ligesom Kina, lider Vietnam også under korruption. Dette er et alvorligt problem, og det er regeringens ansvar at neddæmpe og bekæmpe korruptionen (Udenrigsministeriet, 2009).

For vietnameserne er familien et og alt (Galanti, 2000). De ældre har dyb respekt for de yngre, og ofte bor flere generationer under samme tag. Manden er familieoverhovedet, kvinden forventes at tage sig af de svage og syge i familien, og børnene forventes at gennemføre en uddannelse (Galanti, 2000).

På baggrund af ovenstående passer den vietnamesiske styreform og familiekultur, ligesom Kina, bedst ind i den hierarkiske livsstilskultur i henhold til Mary Douglas gruppe/gitter model (1970). Den vietnamesiske kultur lægger også stor vægt på familierelationer og nationale traditioner, og på grund af etpartisystemet og regeringskontrollen af medierne er der ligesom hos kineserne ikke så meget at gøre i forhold til, hvordan befolkningen kan stille sig til autoriteter, og man må derfor gå ud fra at der også her, på overfladen, er tiltro til ekspertviden, da befolkningen ikke har andre muligheder at ty til.

I det følgende vil jeg derfor, på samme vis som Kina eksemplet, give en historisk gennemgang af, hvordan den kinesiske regering valgte at håndtere SARS pandemien og herudfra påvise, hvordan det kan være, at det gik, som det gik for Vietnam i forhold til Mary Douglas og Ulrich Becks teorier om risikokommunikation.

7.2.2.1 Vietnams risikokommunikation under SARS pandemien

Modsat Kina er Vietnams håndtering af SARS pandemien, i samarbejde med WHO, blevet en succeshistorie, hvoraf risikokommunikation var et essentielt værktøj til opnåelsen og anerkendelsen af denne (Journalism

and Media Studies Centre, 2003:45), (Mydans, 2003), (Menon, 2006:363), (Rothstein, 2003:110-112). Det skal dog pointeres at Vietnam, modsat Kina, kun havde en smittekilde, som hurtigt blev sporet og kom i karantæne (Menon, 2006:343), (jf. afsnit omkring SARS), hvilket gjorde det nemmere at nedkæmpe pandemien.

Efter sygdommen blev rapporteret til WHO i Vietnam, og efter at WHO eksperter havde bevist alvorligheden af den nye sygdom overfor den vietnamesiske regering, blev det gjort til top prioritering at bekæmpe sygdommen hurtigst muligt (Journalism and Media Studies Centre, 2003:45). Den vietnamesiske regering anerkendte SARS pandemien som en politisk udfordring og anlagde fra starten en gennemsigtig, åben og dialogskabende kommunikation, som inddrog de vietnamesiske borgere, WHO og andre nationale og internationale samarbejdspartnere direkte i risikokommunikationsprocessen (Journalism and Media Studies Centre, 2003:45).

Den vietnamesiske regering valgte at offentliggøre SARS for den vietnamesiske befolkning på nationalt TV den 14. marts 2003 (Journalism and Media Studies Centre, 2003:46). Det var den vietnamesiske statsminister, der offentliggjorde det, og i hans tale til nationen forklarede han, og gjorde det klart for alle, at der var at gøre med en alvorlig ukendt sygdom, og at alle ressourcer var sat ind for at nedkæmpe spredning af sygdommen (Journalism and Media Studies Centre, 2003:46).

Den vietnamesiske regering oprettede herefter et "National Steering Committee for the Prevention and Control of SARS" under sundhedsministeren samt provinsielle SARS styrede kommitterer i alle Vietnams 61 provinser. Derudover blev der afholdt daglige pressekonferencer omkring de nyeste opdateringer og informationer omkring SARS, og i det hele taget var udpegede talsmænd og kvinder til stor rådighed for pressen 24 timer i døgnet (Journalism and Media Studies Centre, 2003:46-47).

Tekniske problemer opstod dog, da de tidligste informationer ikke altid var korrekte. Eksempelvis blev det i begyndelsen annonceret, at SARS var en form for influenza B virus, hvilket ikke var korrekt (Journalism and Media Studies Centre, 2003:48). Dog skabte fejlene ikke den store tumult, i og med at regeringen fra starten benyttede sig af en åben risikokommunikationsstrategi. Derfor havde de også befolkningens tiltro og støtte til, at regeringen sammen med WHO og andre samarbejdspartnere arbejdede for et SARS frit Vietnam (Journalism and Media Studies Centre, 2003:48).

Vietnams håndtering af SARS pandemien må derfor siges at have været effektiv fra start til slut, hvoraf det synlige resultat fremkom 2 måneder efter Vietnam havde oplevet det første nationale SARS tilfælde, fordi Vietnam, af WHO, var det første land til at blive erklæret SARS frit (WHO, 2003).

7.2.2.2 Hvorfor gik det Vietnam, som det gik?

Ovenstående historiske gennemgang af Vietnams risikovurdering, risikohåndtering og risikokommunikation under SARS pandemien kan på sin vis siges at være et positivt overraskelsesmoment, fordi man nemt kunne være ledet til at tro, at den vietnamesiske regering ville have håndteret SARS på samme måde, som den kinesiske regering startede ud med, i og med at landenes kommunistiske styreform og familiekulturer har meget til fælles.

Men Vietnam startede ud i en helt anden boldgade, da de modsat den kinesiske regering anså SARS sygdommen som værende et politisk anliggende, som på bedst mulig vis kunne bekæmpes i samarbejde med myndigheder, resten af befolkningen, WHO og andre internationale organisationer (Journalism and Media Studies Centre, 2003:45). Den vietnamesiske regering anså det derfor som en nødvendighed, at føre en åben risikokommunikation, hvilket der kan være flere grunde til.

En grund kan være, at de allerede havde taget ved lære af Kina eksemplet. En anden grund er, at især den vietnamesiske regering har taget globaliseringen til sig og indset, at der også med denne følger nye arbejdsmetoder og anskuelser af at tænke i globaliseringsbaner frem for nationale baner (Huang, 2009:2-3). En virkning på dette er som beskrevet tidligere, at Vietnam har opnået en stor reduktion i fattigdommen, og landet er under rivende udvikling både økonomisk og teknologisk (Leksikon, 2008). Netop denne proces har vist, at Vietnam er begyndt at lukke op til omverdenen, som har medført nye samarbejdspartnere, donorer, investorer mv. Under SARS pandemien var den vietnamesiske regering således ikke bange for at "tabe ansigt" ved at bede om hjælp ude fra, da den i forvejen kendte til det og vidste, at det kun kunne gavne processen.

Den vietnamesiske regering benyttede sig derfor af metoder, som er fremkommet i vores globaliserede verden (WHO, 2005) og derfor også er mest belejlig at applikere og benytte i et globaliseret samfund med henblik på at opnå risikoforståelse og erkendelse. Vietnam eksemplet viser ydermere, at den vietnamesiske regering også har erkendt, det som Ulrich Beck kalder meta-magtspillet. Det vil sige at Vietnam behandler og har indset, at WHO i denne sammenhæng er en vigtig aktør og medspiller i kampen om at udrydde en sygdom, hvilket er endnu et argument der peger på, at Vietnam er "rykket ind" i risikosamfundet.

7.2.2.3 Delkonklusion i forhold til anvendelse af teorier

Det interessante ved de opstillede eksempler er, at man umiddelbart skulle tro, at WHO ville kunne placere både Kina og Vietnams regeringer inden for den hierarkiske livsstilskultur i Mary Douglas gruppe/gitter model, idet de begge har kommunistiske styre og forholdsvis ens kulturer indenfor familie og livsanskuelse. Herved set ud fra et ledelsesperspektiv ville WHO kunne have benyttet modellen som vejviser til, hvilken risikokommunikationsstrategi de som organisation skulle anlægge over for deres medlemslande til at hjælpe dem ud af krisen på bedst mulig vis. Jeg kan derfor konkludere, at Mary Douglas gruppe/gitter model ikke er anvendelig for denne afhandling, fordi de to regeringer valgte, til trods for ens kulturer, at forholde sig vidt forskelligt til risikoforståelsen, vurderingen og håndteringen, som gav udslag i to forskellige livsstilskulturer og derfor krævede to forskellige risikokommunikationsstrategier under SARS pandemien. Hvis WHO havde fulgt gruppe/gitter modellen og benyttet samme strategi over for de to lande, på grund af deres ensartede syn på kulturer, ville de samme resultater ikke være opnået. Mary Douglas model viser således tegn på mangler, i forhold til disse eksempler, da de viser, at det ikke er nok kun at skulle forholde sig til kulturen for at kunne udlede, hvordan forskellige grupper forholder sig til risici. Modellen bliver derfor for firkantet og simpel og er ikke nuanceret og brugbar for denne afhandling.

Dog ikke sagt at Mary Douglas kulturteori ikke er anvendelig for denne afhandling. Påstanden om, at det er kulturen, som ligger til grund for vores risikopfattelse, er en vigtig pointe i forhold til risikokommunikationsbegrebet, men et begreb som globalisering bliver i dag også nødt til at indgå i, hvad der ligger til grund for risikopfattelsen. Kulturteoriens fortjeneste er yderligere, at den giver mulighed for at analysere alle valg som rationelle i forhold til det projekt, aktøren er engageret i. Herved kommer modtageren til, at fremstå som en aktiv aktør frem for en passiv modtager, hvilket er en vigtig pointe og samtidig noget, som WHO efterfølgende har taget til sig i deres risikokommunikationsstrategi (jf. afsnit om Outbreak Communication Guidelines).

I forhold til Ulrich Becks teori benyttede Kina sig af en strategi, som muligvis ville have holdt stand i det "første moderne" eller industrisamfundet, men som ikke accepteres eller kan applikeres på samme måde i risikosamfundet (jf. afsnit om Ulrich Beck), hvori kernen i problemet ligger. De kinesiske borgere som fik spredt de hemmeligholdte informationer fra regeringen ud til resten af samfundet og verden vidner således om, i forhold til Ulrich Becks teori, at det kinesiske samfund også er ved at tage del i individualiseringsprocessen, som medfører, at individet ikke kun sætter sin lid til regeringen men også begynder at danne egne holdninger til verden. Samtidig viser Kinaeksemplet, at den kinesiske regering prøvede at håndtere situationen nationalt frem for globalt, og derfor slog strategien fejl, da SARS var et bevis på, at sygdomme i dag skal håndteres globalt, selvom de opstår nationalt. Kina er således et eksempel

på, ifølge Ulrich Beck, hvor nemt det kan gå galt, hvis ikke der tænkes og arbejdes ud fra globale forudsætninger og metoder.

Fordi vi lever i en globaliseret verden, er Ulrich Becks pointe også, at man bliver nødt til at stille sig anderledes over for risici end tidligere. Dermed er forebyggelse i henhold til Ulrich Beck, eksempelvis beredskab den bedst mulige metode, strategi og løsning, hvis disse nye risici skal bekæmpes og afklares i forhold til, at alle aktører kan få dækket deres behov på bedst mulig vis. Ulrich Becks teori er derfor nuanceret og anvendelig i forhold til at kunne besvare min stillede problemformulering, idet hans teori beskæftiger sig med risici i et helt nyt lys, hvor der nu skal fokuseres på før, frem for efter katastrofen, hvilket også WHO er kommet frem til på baggrund af SARS pandemien. Her kan beviset findes i deres udarbejdelse af Outbreak Communication Guidelines (jf. Outbreak communication guidelines afsnit). Forebyggelse er derfor blevet en ligeså vigtig del af bekæmpelsen af pandemier som at helbrede eller finde en kur.

7.2.3 Medierne

Medierne er den sidste vigtige aktør, som jeg finder nødvendig at belyse i min analyse, fordi de i dag har en afgørende indflydelse på borgere og samfunds risikoforståelse, når det gælder pandemier "Public perception of SARS seems to be influenced to great extent by media coverage" (Kalpana, 2003⁶). Dog skal det nævnes, at emnet "medierne" i sig selv udgør en afhandling, og jeg har derfor valgt i forhold til at kunne besvare min problemformulering, at fokus kommer til at ligge på mediernes magt, og hvordan det influerer på henholdsvis borgere og samfund samt myndigheder og regeringer. Mediaefsnittet er samtidig med til at forbinde mine tre overordnede blokke i analysen, fordi mediedækningen af SARS pandemien i Kina og Vietnam endvidere har været med til at præge, hvordan WHO både under og efter SARS pandemien arbejder med risikokommunikation (WHO, 2006f).

Medierne dækker i denne sammenhæng over TV, Internet, aviser, tidsskrifter og andre trykte medier, som også hører ind under betegnelsen massemedier (Nudansk leksikon, 2002:773), men vil fremover blive refereret til som medierne. Medierne er i dag dem, som sætter dagsordenen for, hvilke nyheder der er de vigtigste og mest interessante (Kalpana, 2003), og det er blevet påvist i flere undersøgelser, at medierne i forhold til tidligere har en direkte indflydelse på menneskers risikoopfattelse under pandemier, i dette tilfælde SARS pandemien (Kalpana, 2003).

⁶ Rapporten har ikke sidetal, men citatet er taget fra del 3 "Results"

Udsagnet om mediernes direkte indflydelse på menneskers risikopfattelse er baseret på en undersøgelse⁷ foretaget af Media Tenor International (Kalpana, 2003). Undersøgelsen konkluderede, at mediedækningen omkring SARS influerede på borgernes holdninger og meninger omkring sygdommen, og derfor også var medvirkende til enten at øge niveauet af frygt blandt befolkningen eller at give fortrøstning (WHO, 2007i).

Undersøgelsen giver med andre ord udtryk for, at medierne i dag har meget magt, fordi de har direkte indflydelse på menneskers holdninger og meninger. De kan derfor langt fra betragtes som passive budbringere af information men derimod anses for at være aktive medskabere af vigtige budskaber, som i samspil med andre aktører sætter dagsordenen for den samfundsmæssige debat om risiko, der er med til at påvirke offentlighedens billede af, hvad der er værd at frygte (Breck, 2001:91).

Mediernes magt kan have både negative og positive følger for indblandede parter, hvilket Kina og Vietnam er stående eksempler på, da mediedækningen af SARS pandemien udnævnte henholdsvis Kina som skurken og Vietnam som helten:

"During the SARS (...), China has received much criticism and appalling coverage. Hu and Zhang's (2003) study of media coverage on China's SARS handling by four major western media (i.e. Washington Post, New York Times, CNN, BBC) shows that between March 31 and April 12, 2003, 65% of the total China SARS news stories are negative – overly attack on China's political institution and authorities,...). On the other hand, Vietnam, (...)has taken quite a different "globalist" response in its SARS handling (Hung, 2004). Its performance has been recognized and mainstream western press have portrayed Vietnam with a degree of positive frames and tones (Huang, 2009:2-3)".

Dette udsagn er baseret på en anden undersøgelse, som fokuserer på den vesterlandske mediedækning af SARS pandemien i Kina og Vietnam (Huang, 2009). Undersøgelsen som tager udgangspunkt i Washington Post, New York Times, CNN og BBCs mediedækning af de to respektive lande under SARS pandemien (Huang, 2009) konkluderer, at på baggrund af mediernes henholdsvis positive og negative dækning af de to lande har medierne været med til at influere på begge landes risikokommunikation (Huang, 2009). Undersøgelsen viste samtidig, at mediedækningen også kan benyttes til, at "authoritarian rulers can twist the concept of "other" for their own conveniences and interests" (Huang, 2009:2), fordi selvom mediedækningen i første omgang omhandlede SARS blev den også benyttet til direkte at kritisere det kinesiske regime (Huang, 2009), hvilket er et eksempel på hvordan risikokommunikationen, under SARS pandemien, også blev benyttet som et vesterlandsk politisk og manipulerende anliggende. Dog havde

⁷ Undersøgelsen blev foretaget ud fra amerikansk, britisk og tysk mediedækning

WHOs offentlige kritik af Kina ikke til formål at være manipulerende eller til at opnå en højere magtstatus men havde derimod til formål at få Kina til at ændre strategi, så pandemien kunne bekæmpes hurtigst muligt (Rothstein, 2003:72-73).

Udover bagvedliggende subjektive intentioner omkring nyheder og historier kan negative konsekvenser af mediedækningen af pandemier også være unødvendig frygt (Ryborg, 2009). For det første fordi pandemier er et ekstremt følsomt emne for alle mennesker, da det medfører usikkerhed. Derfor vil der altid være et massivt mediefokus, når en pandemi opstår, og der vil ofte blive lagt mere vægt på det negative frem for det positive, også selvom det negative udgør en meget lille procentdel i det samlede hele, fordi det er det der sælger (Ryborg, 2009). Derfor er det vigtigt at individet også kan skelne mellem hvad der er sandt og hvad der er falsk. Desuden er det vigtigt at være opmærksom på, at under en pandemi kan mediedækningen udgøre en større risiko end selve sygdommen og hermed skabe unødvendig frygt og kaos til fordel for at opnå "en god historie" (Ryborg, 2009).

Det er således en stor udfordring for WHO at kommunikere gennem medierne under en pandemi, fordi deres anbefalinger skal nå ud til mange forskellige målgrupper, der har hvert deres behov og hver deres risikoforståelser. Medierne er her "mellemmanden" mellem WHO og resten af offentligheden, og det er via medierne, at WHOs risikokommunikation bliver bragt videre til resten af verden. SARS pandemiens massive mediedækning (WHO, 2003i:78) var derfor et eksempel på, hvor vigtigt det er, at WHO fører en effektiv risikokommunikation, der også leder til tillid mellem WHO og medierne, så medierne kan videregive de rette informationer på den måde, WHO ønsker det og ikke ud fra en journalists subjektive holdning til både WHO som organisation og deres kommunikationsbudskaber. Formålet herved er, at der bliver skabt fortrøstning frem for unødvendig frygt.

På baggrund af ovenstående kan jeg derfor udlede, at det med SARS udbruddene i Kina og Vietnam blev gjort klart for WHO, at medierne er en vigtig aktør og samarbejdspartner i risikokommunikationsprocessen, fordi medierne har direkte indflydelse på menneskers risikoopfattelse og kan herigennem være med til enten at øge niveauet af frygt blandt befolkningen eller give fortrøstning og dæmpe frygten. WHO blev derfor gjort opmærksom på, at et godt samarbejde med medierne er nødvendigt, endvidere fordi medierne også er med til at skabe enten tillid eller modstand blandt befolkningen til myndigheder og autoriteter. Det er derfor også af strategiske årsager WHO skal have et åbent samarbejde med medierne, fordi det er afgørende for WHOs eksistens at have mennesker og samfunds tillid, så deres anbefalinger og varsler bliver taget alvorligt og fulgt.

7.2.4 Delkonklusion

Alt i alt kan det derfor udledes, at Kina og Vietnam under SARS pandemien er eksempler på hhv. dårlig og god risikokommunikation. Begge casestudier har således været eksempler for WHO og resten af verden til at efterrationalisere og tage ved lære af, hvilke konsekvenser en forkert risikokommunikationsstrategi kan have, og hvor effektivt et værktøj risikokommunikation kan være, når det håndteres korrekt i den givne situation. WHO og resten af verden fik med SARS pandemien, særligt i Kina og Vietnam lært, at verden i dag er i større risiko for at blive udsat for pandemier frem for epidemier, hvilket medfører udbygning af eksisterende arbejdsmetoder og strategier, som er nødsaget at skulle ses ud fra et globaliseringsperspektiv. WHO fik derfor under SARS pandemien, i samarbejde med andre, sat risikokommunikation på verdenens dagsorden som værende et førende optimalt redskab til at bekæmpe pandemier i vores globaliserede verden. Ydermere vidner eksemplerne også om vigtigheden af WHOs eksistens og arbejde i forhold til at bistå og støtte dens medlemslande med ekspertise og arbejdskraft under en pandemi.

Endvidere udviste SARS pandemien en mediedækning, som aldrig før var set, hvilket for WHO gav udslag i, at medierne i dag bliver nødt til at anskues anderledes end tidligere, da medierne har tilegnet sig større magt og har direkte indflydelse på menneskers risikoopfattelse. Derfor blev det for WHO også en øjenåbner til, at det er nødvendigt at inddrage medierne direkte i risikokommunikationsprocessen og anskue dem som medspillere frem for modtagere, så et godt og åbent samarbejde kan blive sat i værk.

7.3 Analysedel III - Efter SARS pandemien

Indtil videre har min afhandling belyst WHO's kommunikation fra dens etablering til, før SARS pandemien brød ud. Dernæst har jeg analyseret hvordan Vietnam og Kina håndterede SARS pandemien i samarbejde med WHO, set i et bagudrettet risikokommunikationsperspektiv. Min sidste analysedel vil derfor fokusere på en direkte besvarelse af min stillede problemformulering, da jeg på baggrund af min teori og analysedel I og II først nu har mulighed for at komme med konkrete og velargumenterede svar til denne. Svarene er derfor baseret på min indsamlede empiri og analyse og beskæftiger sig ikke med anbefalinger, eller hvad der skulle have været gjort men er derimod forklarende argumenter til, hvorfor og på hvilken måde WHO's risikokommunikation har ændret sig efter SARS pandemiens opståen.

7.3.1 På hvilken måde havde Kina og Vietnam eksemplerne en effekt på WHO's risikokommunikation?

Det blev i min analysedel II påvist at WHO har en afgørende rolle over for deres medlemslande i at bistå dem med hjælp og vejledning under SARS "on the whole, the Organization (...) has been praised for its early warnings of the dangers and the way it coordinated global efforts to contain SARS" (Fleck, 2003:626).

SARS udbruddene i Kina og Vietnam er eksempler på, at sygdomme er blevet globaliserede, hvilket medfører nye risici med nye konsekvenser for de involverede lande "SARS is the first new disease to show the damage possible in a globalized world" (Fleck, 2003:626). De nye risici som WHO fik at føle i deres risikokommunikationsarbejde med Kina og Vietnam var bl.a. hurtigere spredning end set før, massiv mediedækning, som var med til at skabe global frygt (jf. afsnit om medierne), samt at SARS endvidere influerede på de sociale, politiske og økonomiske aspekter for nationer (WHO, 2006f). Dette krævede således nye arbejdsmetoder og tilgange for WHO, så de kunne bistå deres medlemslande med den mest optimale eksperthjælp.

På grund af de nye risici SARS som udbruddene i Vietnam og Kina medførte, tog WHO både gamle og nye metoder i brug (WHO, 2006f). De gamle metoder bestod blandt andet i karantæne og detektivarbejde, der kunne spore smitekilden, som i dag stadig menes at stamme fra dyr som bliver benyttet til føde (jf. afsnit om SARS) hvilket er et bevis på, at SARS er menneskeskabt og derfor også er i henhold til Ulrich Becks teori om, at vi selv er med til at skabe de risici vi bliver udsat for.

Internettet viste sig at være et afgørende redskab i risikokommunikationen (WHO, 2006f). På grund af internettet blev det gjort muligt for WHO at benytte nye metoder til at bane vejen for et effektivt globalt

samarbejde. Ved at skabe virtuelle fora og netværk blev det muligt for eksperter, regeringer, laboranter og videnskabsfolk verden over at samarbejde via vidensdeling og herigennem fremkomme med hurtigere anbefalinger og informationer end nogensinde set før om den ukendte sygdom. Dette kunne WHO gå videre med i deres arbejde for at genetablere verdenens sundhed (WHO, 2006f).

En anden ny metode og arbejdsområde WHO gjorde brug af til at bekæmpe SARS var at frembringe rejseanbefalinger og restriktioner på de lande, som var mest udsatte for SARS pandemien, hvilket der ikke var gjort brug af før (WHO, 2006f). Ydermere indså WHO, at deres arbejde med selve sygdomsbekæmpelsen ikke var nok, og de derfor også på baggrund af SARS, blev nødt til direkte at hjælpe deres medlemslandes regeringer og myndigheder samt sundhedspersonale med at forstærke de offentlige sundhedssystemer, både når det gjaldt træning af sundhedspersonale, nationale beredskabsplaner mv. (WHO, 2006f), hvilket også var et nyt tildelt arbejdsområde.

WHO havde forskellige roller over for de respektive medlemslande, og måtte med Kina eksemplet først agere som "bussemand" (Rothstein, 2003:73) for senere at bistå som samarbejdspartner. Hvorimod med Vietnam blev WHO fra starten indlemmet i processen og fik en rolle som vigtig sparrings- og samarbejdspartner til at bekæmpe pandemien sammen med den vietnamesiske regering og myndigheder.

Med henblik på "bussemandsrollen" fik WHO en ny rolle, da de trådte i karakter ved offentligt at kritisere den kinesiske regering (Rothstein, 2003:73). Denne kritik fandt sted i april 2003, hvor WHO offentligt kritiserede Kinas regering for manglende rapportering af en sygdom, som havde skala af en pandemi (Rothstein, 2003:73). WHO modtog bred støtte for deres aggressive kritik, hvilket også gjorde, at Kinas regering ændrede deres politik og indledte samarbejde med WHO (Rothstein, 2003:73). Normalt plejer WHO ikke at gribe ind eller offentligt at kritisere deres medlemslande, da dette vil sætte organisationen i en svær position overfor dens medlemslandes regeringer, men også fordi WHO ikke eksisterer for at kritisere men for at bistå deres medlemslande med samarbejde og sparring, når det kommer til offentlig sundhed. Denne nye rolle er med til at vise, at WHO med SARS pandemien stod over for nye udfordringer, som i dette henseende krævede at WHO måtte gøre brug af ikke-diplomatiske løsninger, så de fortsat kunne sikre og opretholde sundhedstilstanden i verden (Udenrigsministeriet, 2009a).

SARS pandemien medførte således, at WHO blev nødt til at anskue sygdomme i det 21. århundrede i et nyt perspektiv, fordi SARS viste, at en smitsom sygdom i ét land i den verden vi lever i i dag er en trussel mod alle lande (WHO, j). Det interessante er dog, i forhold til Ulrich Becks teori, at vi selv har været med til at skabe de risici, vi kommer ud for i dag, men samtidig kunne vi heller ikke i sygdomsbekæmpelsessammenhæng være foruden teknologien, som også er menneskeskabt. Derfor kan

man sige, at SARS blev skabt på baggrund af globaliseringen og nedkæmpet ved hjælp af globaliseringen, som igen har været medvirkende til, at WHO efter SARS pandemien ændrede deres risikokommunikation via en udvidelse i arbejdsfokus, så den passede bedre ind i den globaliserede verden. Det var især udbruddet i Kina, der fik overbevist WHO om dette, da eksemplet viser, at det er hele verden, der kan komme til at bøde for et lands fejl. Kinaeksemplet viste derfor også WHO, hvor vigtigt det er, at der i dag opstilles ens regler, retningslinjer og krav til alle WHOs medlemslande, så der kan forekomme bedre kontrol af nyopståede sygdomme og deres alvorlighed, som tilskrivningen til International Health Regulations er et direkte tiltag på (jf. afsnit om International Health Regulations).

Med henblik på ovenstående gennemgang er det tydeligt, at WHO på baggrund af SARS pandemien, gaber over mere ansvar og flere arbejdsopgaver end førhen. WHO har udarbejdet utallige artikler og undersøgelser omkring både før, under og efter SARS pandemien. Desuden har de indledt samarbejde med andre organisationer og etableret arbejdsgrupper, som alle sammen har til formål at forberede sig til, hvis SARS udbryder igen, eller hvis eller når en ny sygdom opstår. SARS pandemien har således haft den indvirkning på WHOs risikokommunikation, at de blev nødt til at udvide og opruste deres eksisterende beredskab og risikokommunikationsstrategi, så WHO er bedre klædt på til nye ukendte sygdomme og pandemier.

WHO har, som beskrevet tidligere, allerede arbejdet ud fra et risikokommunikationsperspektiv, inden SARS opstod, hvilket blandt andet etableringen af GOARN (jf. analysedel I) er et eksempel på. Men problemet var, at hverken WHO eller resten af verdenen rigtig havde fået bevist, hvor effektivt og vigtigt et værktøj risikokommunikation reelt udgør, når det kommer til at bekæmpe en pandemi, både når det gælder det helbredsmæssige men også det sociale, politiske og økonomiske. SARS pandemien gav svar på den manglende overbevisning for både WHO og deres medlemslande og samarbejdspartnere og medførte, at risikokommunikationsbegrebet i dag anskues som værende et godt redskab til at bygge gensidig respekt og tillid mellem myndigheder og regeringer til deres modtagere, så man hurtigere kan komme igennem en pandemi.

"Risk communications has acquired some importance in the wake of our experience of SARS. Handled well, it helps to build mutual respect between government or an organization and the target group with which it is communicating. It helps nurture public trust and confidence in getting over the crisis. The World Health Organization (WHO) has also come to recognize its importance after SARS..." (Menon, 2006:361).

Overordnet set repræsenterede WHOs respons til SARS pandemien i Kina og Vietnam nye udfordringer, som gav udslag i et nyt niveau af gennemslagskraft for WHO i at håndtere og kontrollere en global

pandemi. Derfor kan jeg tydeligt ud fra ovenstående gennemgang og diskussion en gang for alle pointere og anerkende, at SARS pandemien, med særligt fokus på udbruddene i Kina og Vietnam, har haft en direkte effekt på, hvordan WHO i dag, efter pandemien, anskuer og arbejder med deres risikokommunikation. Ydermere, med Kina og Vietnam blev det også påvist over for WHO, deres medlemslande og resten af verden, at et åbent samarbejde med WHO og andre institutioner er en kæmpe fordel og på sin vis også en nødvendighed, hvis en pandemi i dag skal neddæmpes og bekæmpes så hurtigt som muligt, fordi WHO er en så enorm organisation, som besidder stor nødvendig ekspertise, når det gælder kampen mod pandemier.

7.3.2. Direkte ændringer og tiltag

7.3.2.1 Ændringer

De vigtigste ændringer i WHOs risikokommunikation er først og fremmest, at de efterfølgende gør meget ud af at inddele og uddele ansvar, som dokumentet "WHO SARS risk assessment and preparedness framework" (WHO, 2004) er et bevis på. Det viser at WHO prøver at gøre op mod den kritik de har modtaget om at være for bureaukratiske. De pointerer i dette dokument, hvad deres ansvar og arbejdsopgaver er bestående af, og hvilket ansvar der ligger på nationale sundhedsmyndigheder. Ydermere er der blevet udarbejdet utallige guidelines og indlæg til alle, som arbejder inden for dette felt bl.a. guidelines til, hvordan man håndterer medierne. Nogle af de nævneværdige er: "WHO Handbook for Journalists: Influenza Pandemic" (WHO, 2005n) og "Effective Media Communication during Public Health Emergencies" (WHO, 2005o).

Ydermere fokuserer WHO nu også på at være deres medlemslande behjælpelige med at fokusere på selve forebyggelsesprocessen. Det vil sige, at WHO er deres medlemslande behjælpelige med at synliggøre fordelene og vigtigheden af brugen af risikokommunikation som redskab, til at forbedre offentlige sundhedssystemer og den generelle folkesundhed under en kommende pandemi. Dette gøres blandt andet ved opbygning af nye hospitaler, træning af sundhedspersonale til at være mere effektive i deres infektionskontrol metoder, bedre sundhedsovervågnings og alarmsystemer og mere fokus på forskning og afholdelse af utallige internationale konferencer og workshops (2006f:7).

7.3.2.2 Tiltag

Af direkte tiltag har jeg afslutningsvis i min afhandling valgt at gennemgå to markante og nævneværdige tiltag, som WHO står bag, og som er direkte udspil til at optimere den risikokommunikation WHO i dag fører, og som er fremkommet på baggrund SARS pandemiens konsekvenser.

7.3.2.3 International Health Regulation

"International Health Regulation" (IHR) blev i første omgang udarbejdet af WHO's medlemslande i 1969 (WHO, 2005k:3). Alle medlemslande har underskrevet IHR, hvilket overordnet set stiller krav til, at samtlige medlemslande skal identificere sygdomsudbrud og forsøge at stoppe spredningen af disse (WHO, 2005k). Fokus lå dengang på sygdommene kolera, pest og gul feber (WHO, 2005k:3).

I 2005 blev IHR på opfordring af WHO revurderet og udvidet til, at medlemslande fik pålagt "new obligations to prevent and control the spread of disease inside and outside your borders. In doing so, your country is expected to improve its public health capabilities (WHO, 2005k:2)". Motivet bag ændringerne var baseret på WHO opfordringer, fordi SARS pandemien medførte nye udfordringer

"We are all living in a global "village". International travel is commonplace. Diseases can travel at the speed of jetliners. Severe acute respiratory syndrome (SARS) was the first disease of the 21st century to expose our vulnerabilities. It will not be the last" (WHO, 2005k:3-4).

Udvidelsen af IHR trådte i kraft sommeren 2007 (WHO, 2005k:3) og giver WHO en direkte rolle og ansvar til at undersøge og stoppe udbrud: "WHO will be mandated to assist all its Member States in fulfilling the new obligations" (WHO, 2005k:2).

IHR repræsenterer derfor et direkte tiltag til WHO's risikokommunikation, som har til hensigt at gavne deres risikokommunikation, i og med at det legaliserer WHO's ansvar til direkte at kunne stille krav til, hvordan deres medlemslande skal arbejde med og forholde sig til risikokommunikation, som ikke tidligere har været en del af deres arbejdsfokus og opgaver, men som de på baggrund af SARS pandemien har måttet set sig nødsaget til også at være en del af deres fremtidige arbejde med risikokommunikation.

7.3.2.4 Outbreak Communication Guidelines

Outbreak Communication Guidelines (OCG) er blevet udarbejdet af WHO og blev publiceret i 2005, omkring 1½ år efter verden havde oplevet de første SARS udbrud, og er det andet vigtige direkte tiltag, som WHO

har taget, i deres risikokommunikation. Retningslinjerne er blevet udarbejdet på baggrund af efterrationaliseringer og lærestreger af SARS pandemien og tidligere opståede epidemier (WHO, 2005m).

OCG har særligt fokus på at vejlede og hjælpe regeringer og myndigheder i, hvordan man på bedst mulig vis kan kommunikere under en pandemi med så lidt mulig forstyrrelse af samfundet (World Health Organization, 2005m). Tidligere eksempler viser, at dårlig udført risikokommunikation bl.a. har medført tillidsbrud mellem befolkningen og regeringen, social og politisk tumult, samt at det har taget unødvendigt længere tid at bekæmpe sygdommen. WHO har med udarbejdelsen af OCG derfor også haft til formål at påvise over for dens medlemslande, at det i dag er nødvendigt at anerkende risikokommunikation som et redskab til at bekæmpe sygdomme. OCG fokuserer både på før og under fasen, hvorimod IHR udelukkende fokuserer på før fasen.

OCG består af fem komponenter (WHO, 2005):

- 1) Trust – Tillid
- 2) Announcing early – Tidligannoncering
- 3) Transparency - Gennemsigtighed
- 4) The public - Offentligheden
- 5) Planning - Planlægning

Den første komponent i retningslinjerne er tillid. Målet er, at man via kommunikation skal opnå gensidig tillid fra befolkningens side. Konsekvenserne af mistillid kan være fatale, både når det kommer til sundhed, økonomi og politik. Undersøgelser har vist, at jo mindre mennesker stoler på de myndigheder som skal beskytte dem, jo mere bange bliver de. Dette kan medføre, at de ikke følger instruktioner og retningslinjer fra eks. myndigheder eller risikokommunikatører, når det virkelig brænder på. Udover at opbygge tillid til befolkningen er det også vigtigt, at der er tillid internt mellem risikokommunikatørerne, eksperterne og beslutningstagerne. Det interne forhold bliver ofte refereret til som "trust triangle" (WHO, 2005:2), og det er vigtigt, at dette forhold er etableret og fungerer, før det er nødvendigt, dvs. før en katastrofe indtræffer. Det kan dog være kompliceret at etablere denne "trust triangle", fordi de forskellige parter har forskellige præferencer i forhold til, hvad de ønsker at opnå inden for deres risikokommunikation.

Tilliden går begge veje. Offentligheden skal stole på myndighederne og omvendt, selvom der findes belæg for, at offentligheden sjældent går i panik. Især hvis de er blevet ordentligt informeret, så er det stadigvæk afgørende, at risikokommunikatører også stoler på befolkningens evne til at tolerere alarmerende

informationer, da denne proces også er influerende på beslutninger og effekten af risikokommunikation (WHO, 2005:2).

Tidlig annoncering er nummer to retningslinje og nok den mest afgørende for OCG. På grund af at vi lever i en globaliseret verden, er det i dag stort set umuligt at skjule vigtige informationer fra samfundet. Jo længere det bliver hemmeligholdt, jo mere fatale vil konsekvenserne være (jf. Kina eksemplet), for medierne skal før eller siden nok finde ud af det. Ydermere har mennesker også tendens til at overreagere og miskalkulere informationer, som først har prøvet at være holdt skjult, samtidig med at det er blevet bevist, at jo længere informationer bliver tilbageholdt, desto mere skræmmende vil de blive opfattet, når de bliver bragt frem i lyset. Især hvis kilden er en tredje part, som ikke direkte er involveret (WHO, 2005:3).

Derfor, for at undgå rygter og forkerte informationer og for at kunne få den rette indgangsvinkel på kommunikationen og få tillidsparameteret i orden, er det vigtigt at annoncere så tidligt som muligt. Men det er ikke så ligetil, som det kan lyde. Der kan nemt opstå problemer, i og med at den tidlige annoncering kan medføre interessekonflikter blandt interessenter. Et eksempel herpå kan være laboranter og risikokommunikatører, som ikke ønsker at offentliggøre fundene, i og med at de ikke har haft nok tid til deres undersøgelser eller analyser og derfor ikke kan være sikre på, at resultaterne eller anbefalingerne vil være fyldestgørende eller fuldstændig korrekte. Det er derfor også vigtigt at få befolkningen til at forstå at tidlig annoncering i sådanne tilspidsede situationer kan ændre sig, og at det ikke er ensbetydende med, at der ikke er kontrol over situationen. Endvidere kan interessekonflikter blive minimeret: "by having well-established communication pathways in place among key and predictable stakeholders. These systems should be tested during routine exchanges or through desktop exercises" (WHO, 2005:3).

For at kunne opnå og bevare offentlighedens tillid er et parameter som gennemsigtighed også nødvendigt. Gennemsigtighed er tredje komponent i retningslinjerne og karakteriserer forholdet mellem kommunikatører og offentligheden. Gennemsigtighed har til formål at skabe ærlig, letforståelig og præcis kommunikation til befolkningen, som gør, at de kan følge informationerne, risikovurderingerne og beslutningerne, som bliver taget under hele processen. Fordelen herved er, at risikokommunikatører demonstrerer, at de går systematisk til værks og ikke ønsker at skjule noget, selvom situationen ofte er præget af usikkerhed. Barriererne ved gennemsigtighed kan være både økonomiske argumenter, uprofessionelle og utrænede talspersoner samt risikokommunikationsledere.

Fjerde komponent er offentligheden. Man skal som risikokommunikatør kunne sætte sig ind i, hvordan og hvorfor offentligheden reagerer, som den gør, da effektive budskaber og kommunikation er baseret på offentlig bekymring. Det er her også vigtigt at huske på, at medierne også er en del af offentligheden, og at dialog er en del af risikokommunikation. Effektive budskaber indeholder råd og anbefalinger til, hvordan befolkningen kan forholde sig til den givne situation, og hvordan de kan beskytte sig selv og deres nærmeste bedst muligt. Dette giver mennesker en følelse af, at de til stadighed har en vis kontrol over deres egen sundhed og sikkerhed, som igen medfører mere fornuftige reaktioner på myndighedernes råd og vejledninger.

Femte og sidste komponent, planlægning, lægger rammen omkring de 5 retningslinjer i WHO OCG (WHO, 2005). Via planlægning opnår myndighedernes beslutninger og tiltag en større effekt. Det er endvidere optimalt i en planlægningsproces at inddrage risikoanalyse, risikoledeelse og risikovurdering (WHO, 2005:7). Derfor er det allerede nødvendigt at have en risikoplan klar, før det er nødvendigt. Spørgsmål, som hvornår der første gang skal annonceres, eller hvornår det er for tidligt, og hvad er for sent?, samt begrænsninger i hvor gennemsigtig man vil føre kommunikationen, og andre kommunikationskomponenter er mest ideelt at beslutte, mellem topledelsen og myndigheder og regeringer, før skaden er sket (WHO, 2005:7).

OCG er direkte supplerende til WHO's risikokommunikation og er udarbejdet på baggrund af SARS pandemien og er bevis på, at WHO i dag ser risikokommunikation som et brugbart værktøj til at arbejde med forberedelsesprocessen til den næste pandemi. OCG har til formål at sørge for, at WHO i deres arbejde med risikokommunikation har fået endnu klarere retningslinjer til, hvordan de skal arbejde med risikokommunikationsbegrebet, både når det gælder internt og eksternt. OCG er derfor et styringsredskab, som har til formål at guide WHO og deres medlemslande igennem de komplikationer, som ofte kan opstå, fordi så mange forskellige parter er involverede i processen. Den anviser, hvordan man skal forholde sig som risikokommunikatør over for befolkningen, samfundet, medierne, samarbejdspartnere og kollegaer.

OCG kan samtidig siges at være WHO's svar på EPA's Cardinal Rules men i en mere komprimeret, nuanceret og moderne udgave, der er forsøgt tilpasset den verden, vi lever i i dag. Endvidere skal det også nævnes, i forhold til Peter Sandmans gennemgang af risikokommunikationshistorien, at det kan udledes, at WHO før SARS befandt sig et godt sted mellem fase 2 og 3, i og med at de arbejdede på, at kommunikationen fokuserede på modtagerens præmisser og indsigten i at have et godt forhold til medierne. Efter SARS pandemien er det tydeligt, at WHO's risikokommunikationsarbejde og fokus er rykket over i Peter Sandmans fase 3.

For det første, som nævnt tidligere, er udarbejdelsen af OCG genstand for WHO's erkendelse af, at eksperter og befolkning oftest opfatter risici helt forskelligt, og derfor bliver denne guide publiceret, så eksperter bedre kan sætte sig ind i, hvordan man skaber tillid, troværdighed og gennemsigtighed via risikokommunikationen. Eftersom erkendelsen af at behandle offentligheden som en ligeværdig partner er blevet et fokus for WHO, er de med deres risikokommunikation lige så stille ved at bevæge sig fra fase 3 til fase 4. Selvom en masse forandringer er sket efter SARS, er det ikke direkte interne fundamentale ændringer, der er sket men nærmere organisatoriske tiltag (jf. analysedel I), som til stadighed er en god begyndelse til, at WHO kan opnå fase 4, som ifølge Peter Sandman er den mest optimale fase for alle parter i den samlede risikokommunikationsproces.

WHO fik med SARS pandemien i samarbejde med deres medlemslande, partnerinstitutioner, regeringsledere, risikokommunikatører, sundhedspersonale, laboranter og tekniske eksperter, medierne og samfund og befolkninger bevist, at det i dag er muligt at bekæmpe en sygdom, som ingen kur har. OCG blev udarbejdet efter SARS pandemiens opståen som bidrag til at effektivisere WHO's risikokommunikation, og er endnu engang med til at vise, at i den verden vi lever i i dag, er forberedelsesprocessen et lige så vigtigt element som at finde frem til en egentlig kur mod en nyopstået pandemi.

8. KONKLUSION

Hovedformålet for denne afhandling har været at se tilbage på, om SARS pandemien, med særligt fokus på udbruddene i Kina og Vietnam, har været medvirkende til, at WHO har ændret deres risikokommunikation, og i givet fald på hvilken måde og med hvilke følger.

I løbet af vidensproduktionsprocessen fik jeg tilegnet mig megen viden om det givne emne, og jeg kom herefter frem til, at den indsamlede sekundære empiri var så fyldestgørende, at den var mig behjælpelig til at finde direkte svar på min problemformulering. Herved fik jeg udarbejdet en bagudrettet, analyserende og diskuterende afhandling, som i stedet for at fokusere på et egentligt problem fokuserede på en konstatering eller erkendelse. Jeg valgte således i min afhandling at have de diskuterende briller på.

Globaliseringstermen har haft en stor betydning for denne afhandling, fordi påstanden er, at sygdomme bliver nødt til at blive betragtet i et globaliseringsperspektiv for hertil at komme med metoder og løsninger til bedre og nemmere at kunne nedkæmpe dem. Derfor valgte jeg også at centrere og bygge min afhandling op omkring Ulrich Becks globaliseringsteori om risikosamfundet, som lægger rammen for afhandlingen. Mary Douglas kulturteori blev benyttet til at støtte op om Ulrich Becks teori samt at støtte op omkring brugen af den forklarende metode. Jeg fik herigennem udledt, at hendes påstande omkring sammenhængen mellem risikoopfattelse og kultur stadig har stor betydning for udførelsen af en effektiv risikokommunikation. Ud fra brugen af mine teorier fik jeg derfor konkluderet, at kultur- og globaliseringsbegreberne begge er med til at ligge fundamentet til en stabil risikoanalyse som, hvis benyttet optimalt i den givne situation, kan udmunde i positive resultater af den udførte risikokommunikation. Dog skal det nævnes at jeg fik udledt, at Mary Douglas gruppe/gitter model ikke var nuanceret og brugbar i forhold til min stillede problemformulering.

I min analyse som beskæftigede sig med WHO's risikokommunikation før, under og efter SARS pandemien blev det direkte påvist, at WHO allerede før SARS pandemien ændrede deres kommunikationsfokus fra en mere bureaukratisk til dialogsøgende og orienteret tone. Denne ændring var resultater af både den offentlige kritik, som organisationen gennem dens levetid havde været udsat for, og samtidig på baggrund af den udvikling verden havde taget, som stillede større krav og udfordringer til en organisation som WHO. Disse bestod bl.a. i, at de risici, som organisationen tidligere havde arbejdet med udviklede sig til at blive mere alvorlige og komplicerede forhold, som var sværere at afgrænse og beskytte mennesker imod. Dette medførte derfor en mere usikker og skeptisk borger, der stillede sig mere kritisk overfor myndigheder og autoriteter som WHO. For at gøre op med den voksende skepsis gjorde WHO det klart, at deres

arbejdsfokus blev udvidet til at indeholde flere komponenter, som særligt var centreret omkring forebyggelsesprocessen og beredskabsplaner, som blev påvist gennem et øget fokus på bedre forhold til medierne, forbedring af nationale sundhedssystemer og åben interesse for tværfagligt samarbejde.

Endvidere fandt jeg i min analyse af de to case studier, Kina og Vietnam, frem til, at de to eksempler hver især repræsenterede en dårlig og effektiv risikokommunikationsstrategi, og hvordan det er muligt også, at kunne benytte risikokommunikation til at vende en dårlig strategi til alligevel at udmunde i positive resultater. Endvidere viste eksemplerne, at sygdomme i dag er blevet globaliseret og mest effektivt kan bekæmpes med åbent, tværfagligt samarbejde mellem både involverede og ikke direkte involverede parter, hvoraf især WHO's rolle som sundhedskoordinator og deres arbejdsekspertise spiller en væsentlig rolle for deres medlemslandes resultater. Desuden blev det på grund af den massive mediedækning under SARS pandemien klargjort for WHO, hvor meget medierne er med til at præge den offentlige holdning og debat, og hvordan medierne reelt kan have en afgørende effekt på, om befolkningen danner tillid eller mistillid til myndigheder og regeringer verden over. WHO indså derfor, på baggrund af SARS, at medierne i dag har en direkte rolle i risikokommunikationsprocessen, og derfor blev de også nødt til at implementere medierne mere direkte i deres brug af risikokommunikation og anskue dem som en medspiller frem for modtager.

I afrundingen af min analyse og diskussion fandt jeg frem til, at efter SARS pandemiens nedkæmpelse blev det gjort klart for WHO, at de i deres risikokommunikation ikke i alle henseender var godt nok klædt på til at håndtere de udfordringer, krav og konsekvenser, som SARS pandemiens stillede både WHO og deres medlemslande. Nye metoder måtte indføres undervejs i processen til at bekæmpe sygdommen, og efterfølgende blev der rationaliseret en del, hvilket bl.a. gav udslag i to WHO tiltag til deres risikokommunikation som svar på de mangler og fejl, som blev set og gjort under SARS pandemiens udbrud. International Health Regulations var det første tiltag, hvor WHO fik udvidet lovene og påført nye krav til deres medlemslande om sygdomsidentificering og offentlige sundhedsprogrammer. Dette tiltag gav samtidig WHO mere ansvar og magt til direkte at kunne stille krav til, hvordan deres medlemslande skal arbejde med risikokommunikation. Ydermere udarbejdede WHO en suppleringsguideline til deres eksisterende risikokommunikationsstrategi "Outbreak Communication Guidelines", som er førende bevis på, at WHO på baggrund af SARS pandemiens opståen direkte udvider deres risikokommunikationsfokus. Med udarbejdelsen af retningslinjerne har WHO vist, at de efter SARS pandemien via guidelines har skabt og givet deres organisation endnu skarpere retningslinjer til, hvordan de skal benytte risikokommunikation som ledelsesværktøj til deres arbejde med fremtidige pandemier.

Jeg kan i forhold til min indsamlede empiri og analyse derfor konkludere, at SARS pandemiens udbrud, i særligt Kina og Vietnam har haft en direkte effekt på, hvordan WHO efter pandemiens udbrud og nedkæmpelse arbejder med risikokommunikation som ledelsesværktøj. SARS chokerede WHO og resten af verden, ikke fordi den medførte megen død, men fordi det var den første pandemi, verden havde oplevet i det 21. århundrede, der spredte sig så nemt og så hurtigt og derfor skabte mere ramaskrig og frygt end nogen anden sygdom i vores tid.

SARS var således et eksempel på, at vi i det 21. århundrede står overfor at nedkæmpe pandemier frem for epidemier. SARS pandemien skal derfor anskues som et praktisk eksempel, som i første omgang var medvirkende til at få WHO til at indse, at det er en optimal strategi at benytte risikokommunikation som værktøj til bekæmpelse af sygdomme i vores globaliserede verden. I anden omgang var pandemien med til at afklare for WHO, at de blev nødt til at udvide og effektivisere deres eksisterende risikokommunikationsstrategi, fordi SARS opstod i en globaliseret verden og medførte nogle nye behov, som skulle dækkes samt nye udfordringer og krav til WHO, som ikke tidligere var set.

SARS pandemien havde således en direkte effekt på WHOs førte risikokommunikation og de ændringer og tiltag de gjorde sig herefter på baggrund af sygdommens opståen. Risikokommunikation kan på baggrund af SARS pandemien og WHOs arbejde i forhold til deres medlemslande Kina og Vietnam tydeligt siges at være brugbar som et effektivt strategisk ledelsesværktøj, som kan benyttes til sygdomsbekæmpelse, og som ved korrekt brug udmunder i positive resultater, som stiller alle parter tilfredse.

Alt i alt kan det på baggrund af min analyse og diskussion konkluderes, at sygdomme er blevet globaliserede, hvilket medfører nye risici, som kræver nye metoder til at bekæmpe disse. Risikokommunikation er i denne sammenhæng med til at sætte fokus på, at forberedelse er mindst lige så vigtigt som helbredelse.

9. PERSPEKTIVERING

I arbejdet med denne afhandling har jeg stået over for en række overvejelser omkring alternative metoder og fremgangsmåder, og ligeledes er jeg i løbet af processen blevet opmærksom på forskellige områder, der kunne være interessante at arbejde videre med i forlængelse af denne afhandling.

Med hensyn til afhandlingens primære empiri mener jeg, at denne ville kunne fremstå stærkere, hvis jeg havde opnået et interview med Jody Lanard og Peter Sandman, da dette kunne have tilført intern viden og information om WHO's risikokommunikation og processen omkring udarbejdelsen af OCG og ville have givet mig mulighed for at spørge dybere ind til relevante områder. Jeg kunne dermed have optimeret min primære empiri og hermed have tilføjet mere dybde i min analyse.

Under udarbejdelsen af min afhandling blev verden udsat for endnu en pandemi, influenza A (H1N1) også kaldet svineinfluenza, hvilket kunne være endnu en indgangsvinkel, der ville have været interessant at undersøge og ville have føjet helt nye teser til min afhandling som eksempelvis:

Begik WHO de samme fejltagelser under begge pandemier?

Hvordan forholdt henholdsvis Kina og Vietnam sig i risikokommunikationssammenhænge til svineinfluenzapandemien?

Er OCG et effektivt risikokommunikationsværktøj, som kan medvirke til direkte positive risikokommunikations resultater?

Havde WHO fået implementeret deres udarbejdede OCG direkte i deres førte risikokommunikation under den risikokommunikation de benyttede under svineinfluenzaen?

Med disse opstillede teser ville jeg have haft mulighed for at kunne komme med en direkte løsning eller besvarelse af et konkret problem, hvilket også ville have givet mig mulighed for at benytte en anden metode som eksempelvis den normative/problemløsende metode, som endvidere ville have medført en helt anden type afhandling.

10. BIBLIOGRAFI

Andersen, I. (2005). Den skinbarlige virkelighed (3.udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Andersen, L. B. (2009). Personlig udvikling gennem kriser. Hentet 23 juli 2009 fra <http://www.sydgaardens-venner.dk/Kriser.htm>

Arnoldi, J. (2009). RISK. UK: Polity Press.

Beck, U. (1997). Risiko Samfundet – på vej mod en ny modernitet (1.oplag). København: Hans Reitzels Forlag A/S

Beck, U. (2007/2009). World at risk. UK: Polity Press.

Berndt, T. (27 april 2009). Svineinfluenza – hvad er fup og fakta? Hentet 29 april 2009 fra <http://politiken.dk/indland/article698435.ece>

Boolsen, W. B. (2004). Kvalitative analyser i praksis. København: Forlaget Poltiske Studier.

Breck, T. (2001). Dialog om det usikre – nye veje i risikokommunikation. Danmark: Akademisk Forlag.

Breckon, L. (ingen dato). SARS and a new security initiative from China. Hentet 25 august 2009 fra http://csis.org/files/media/csis/pubs/0302qchina_seasia.pdf

Brown, R. E. (ingen dato). Disaster training and response training. Power point, slide 2. Hentet 19 august 2009 fra <http://www.vdh.state.va.us/epr/powerpoint/RiskSlides.ppt>

Brunse, P. (2001). Beredskabsstyrelsen: Beredskab, risikokommunikation og reaktionsmønstre. Danmark: Beredskabsstyrelsen.

Business Dictionary (ingen dato). Risk communication. Hentet 19 august 2009 fra <http://www.businessdictionary.com/definition/risk-communication.html>

Center for Biosecurity (2009). Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN). Hentet 28 august 2009 fra http://www.upmc-biosecurity.org/website/special_topics/global_disease_surveillance/programs/goarn.html

Centers for Disease Control and prevention (ingen dato). Vision, mission, core values and pledge. Hentet 12 september 2009 fra <http://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm>

Covello, V. (1988). Seven Cardinal Rules of Risk Communication. Hentet 21 april 2009 fra http://www.epa.gov/CARE/library/7_cardinal_rules.pdf

Doherty, B. (2002). Who cares? Hentet 21 april 2009 fra <http://www.reason.com/news/show/28274.html>

Douglas, M. (1992). Risk and Blame. Essays in Cultural Theory: Routledge.

Fleck, F. (2003). How SARS changed the world. Bulletin of the World Health Organization: Geneva

Free Dictionary (ingen dato). Risk communication. Hentet 19 august 2009 fra <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/risk+communication>

Frost, P. & Olesen, T.N., Møgelmoose, V. Ø., Nielsen, L. (2007). Er Danmark ved at gå ned med stress. Hentet 15 september 2009 fra <http://www.kommunikationsforum.dk/log/multimedia/PDF%27er/Master-afhandling/Danmarkogstress.pdf>

Galanti, G. (2000). Vietnamese family relations. Western journal of medicine 172(6):415-416 hentet 15 september 2009 fra <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1070940>

Haukelid, K. (1999). Risiko og sikkerhet. Oslo: Universitetsforlaget AS

Huang, Y. & Leung, & Chi Mei, C. (2009). A critical study of "representing other": The case of media SARS coverage on Vietnam and China. Hentet 20 september 2009 fra http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/0/1/2/9/9/p12995_index.html

Husmer, L. & Vogt-Nielsen, K. (2004). Risikohåndtering og risikokommunikation: Miljøstyrelsen

Journalism and Media Studies Centre. The University of Hong Kong. (2003). Risk communication during the SARS epidemic of 2003, Case studies of China, Hong Kong, Vietnam and Singapore (Prepared for the SARS control research programme. Hentet 25 april 2009 fra <http://survey.erasmusmc.nl/SARSControlproject/picture/upload/WP6%20final%20report%201.pdf>

Kalpna, D. & Pavlik, J.V. (2003). Agenda setting and media cverage of SARS. Hentet 20 juli 2009 fra <http://comminfo.rutgers.edu/jri/workingpapers/agendasettingsars2003.html>

Kjærgaard, N & Knudsen, Aa. (2005). Krisekommunikation – etablering og opretholdelse af et beredskab. Hentet 22 september fra <http://www.wata.dk/Dokumenter/Krisekommunikation%20WP.PDF>

Lanard, J. (2007). Biography – Jody Lanard M.D. Hentet 6 september 2009 fra http://www.soeh.ubc.ca/Continuing_Education/documents/JodyLanardBio_000.pdf

Langer, J. W. (opdateret 6. maj 2009). SARS. Hentet 17 maj 2009 fra <http://www.jerk.dk/SARS.htm>

Leksikon (2008). Vietnam. Hentet 26 august 2009 fra <http://www.leksikon.org/art.php?n=2946>

Lewis, N. (ingen dato). Introduction to how the World Health Organization works. Hentet 25 april 2009 fra <http://health.howstuffworks.com/who.htm/printable>

Lupton, D. (1999). RISK. USA og Canada: Routledge

Læger uden grænser (2009). Hvem er vi. Hentet 11 september 2009 fra <http://msf.dk/OmMSF/Hvemervi/>

Medilexicon (ingen dato). "Pandemic". Hentet 10 august 2009 fra <http://www.medilexicon.com/medicaldictionary.php?t=64697>

- Menon, KU (2006). SARS Revisited: Managing Outbreaks with communications. Tidsskriftet Annals Academy of medicine. Volume 35, No. 5, s. 361-367. Hentet 25 august 2009 fra <http://www.annals.edu.sg/pdf/35VolNo5200606/V35N5p361.pdf>
- Molin, K (2003). Risikokommunikation. Menneskets reaktioner og behov for information og kommunikation i katastrofesituationer. Hentet 22 september 2009 fra <http://www.sitecenter.dk/beredskabspsykologen/omtemadag/>
- Miljøstyrelsen (ingen dato). Model: Risikohåndtering, vurdering og kommunikation. Hentet 19 august 2009 fra <http://www2.mst.dk/udgiv/publikationer/2003/87-7972-419-1/html/images/figur2.gif>
- Mydans, S (2003). The SARS epidemic: Containment; How Vietnam halted SARS and saved the life of a nurse. Hentet 22 september 2009 fra <http://www.nytimes.com/2003/05/07/world/sars-epidemic-containment-vietnam-halted-sars-saved-life-nurse.html>
- Nordqvist, C. (5 maj 2009). What is a pandemic? What is an epidemic? Hentet 10 august 2009 fra <http://www.medicalnewstoday.com/articles/148945.php>
- Nudansk leksion. (2002). Nudansk leksion. Slovenien: Politikens Forlag A/S
- Oltedal, S., Moen, B.E., Klempe, H. & Rundmo, T. (2004). Explaining risk perception. An evaluation of cultural theory. Norway: Rotunde. Hentet 20 august 2009 fra http://www.svt.ntnu.no/psy/Torbjorn.Rundmo/Cultural_theory.pdf
- Oracle Think Quest Education foundation (1998). Way of life. Hentet 15 september 2009 fra http://library.thinkquest.org/20443/g_way_of_life.html
- Petersen, K. L. (2005, ændret 2006). Tre risikokulturer. Hentet 22 juni 2009 fra <http://www.tidsskriftetpolitik.dk/index.php?id=138>
- Qvortrup, M. (27 april 2009). Risikosamfundet er gået i selvsving. Hentet 10 august 2009 fra <http://www.information.dk/189452>
- Rasborg, K., Nielsen, K. Aa., Greve, A. & Hansson, F. (1999). Risiko, politik og miljø i det moderne samfund. Frederiksberg: Sociologi.
- Rasmussen, T. A., Wael, M. & Halgaard, M. (2008). Er du enklavist?. Hentet 17 juni 2009 fra <http://www.kommunikationsforum.dk/?articleid=13315>
- Reilley, B., Herp, M.V, Sermand, D. & Dentico, N. (2003). SARS and Carlo Urbani. The New England Journal of Medicine, bind 20, volume 348: 1951-1952. Hentet 15 marts 2009 fra <http://content.nejm.org/cgi/content/short/348/20/1951?query=prevarrow>
- Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., Hedelund, L., Hegelund, S. & Kock, C. (2006). Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser (3. udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Riis, O. (2005). Samfundsvidenskab i praksis. Introduktion til anvendt metode (1.udg.). Denmark: Hans Reitzels Forlag.

Rothstein, M. A., Alcalde, G. M., Elster, N. R., Majumder, M. A., Palmer, L. I., Stone, H. T. & Hoffman, R. E. (2003). Quarantine and isolation: Lessons learned from SARS. Hentet 25 april 2009 fra <http://archive.naccho.org/documents/Quarantine-Isolation-Lessons-Learned-from-SARS.pdf>

Rud, B. P., Christensen-Becker, C. (2002) Politikens Nudansk Leksikon. Slovenien: Politikens Forlag A/S

Ryborg, O. V. (2009). Mediehysteri kan dræbe flere end nye pandemier. Ugebladet Mandagmorgen. Hentet 25 maj 2009 fra <http://www.eirm.com/en/Who%20We%20Are/Press%20Room/~media/Business%20Card/Articles%20-%20EIRM/EIRM%20in%20the%20Press/Mediehysteri%20kan%20draebe%20flere%20end%20nye%20pandemier.ashx>

Sandman, P. & Covello, V. (2001). Risk communication: Evolution and Revolution. Hentet 18 april 2009 fra <http://www.psandman.com/articles/covello.htm>

The Levin Institute (ingen dato). What is globalization?. Hentet 6 maj 2009 fra http://www.globalization101.org/What_is_Globalization.html

The times (2007). Professor Dame Mary Douglas. Hentet 14 oktober 2009 fra <http://www.timesonline.co.uk/tol/comment/obituaries/article1805952.ece>

Thorup, M. (2004). At tænke globalt. Globalisering, sociologi, politik (1. Udg. 1. oplag). København: Hans Reitzels Forlag A/S

Udenrigsministeriet (ingen dato). Landefakta Kina. Hentet 25 august 2009 fra <http://www.um.dk/da/menu/Udenrigspolitik/Landefakta/LandefaktaAsien/Kina>.

Udenrigsministeriet (ingen dato, a). Fattigdom og udvikling I Vietnam. Hentet 25 august 2009 fra <http://www.netpublikationer.dk/UM/6744/html/chapter03.htm>

Udenrigsministeriet (2009). Landefakta Vietnam. Hentet 25 august 2009 fra <http://www.um.dk/da/menu/udenrigspolitik/landefakta/landefaktaasien/vietnam>.

Udenrigsministeriet (2009a). Verdenssundhedsorganisation – WHO. Hentet 22 september fra <http://www.um.dk/da/menu/Udviklingspolitik/OmUdviklingspolitik/MaalOgStrategier/Organisationsstrategier/WHO/>

Alle World Health Organizations kilder vil i afhandlingen blive kortet ned til WHO i kildereferencerne.

World Health Organization (ingen dato, d). SARS. Hentet 17 maj 2009 fra
http://www.wpro.who.int/health_topics/sars/

World Health Organization (ingen dato, p). About WHO. Hentet 22 september fra
<http://www.who.int/about/en/>

World Health Organization (ingen dato, e). SARS: Cumulative Number of Reported Probable Cases. Hentet 25 august 2009 fra
http://www.who.int/csr/sars/map2003_04_30.gif

World Health Organization (ingen dato h). The World Health Report. Hentet 5 september 2009 fra
<http://www.who.int/whr/en/index.html>

World Health Organization (ingen dato, i). Risk communication. Hentet 19 august 2009 fra
<http://www.who.int/foodsafety/micro/riskcommunication/en/index.html>

World Health Organization (ingen dato j). Lessons from SARS. Hentet 20 juli 2009 fra
http://www.searo.who.int/LinkFiles/Avian_Flu_Lessons_from_SARS.pdf

World Health Organization (2002). The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Hentet 25 april 2009 fra
http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf

World Health Organization (2003). Viet Nam SARS-FREE. Hentet 25 august 2009 fra
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr_sars/en/

World Health Organization (2003b). WHO issues a global alert about cases of atypical pneumonia. Hentet 25 april 2009 fra
http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003_03_12/en/

World Health Organization (2003i). The world health report 2003. Hentet 25 april 2009 fra
<http://www.who.int/whr/2003/chapter5/en/index.html>

World Health Organization (2004). WHO SARS risk assessment and preparedness framework. Hentet 5 april 2009 fra
http://www.who.int/csr/resources/publications/CDS_CSR_ARO_2004_2.pdf

World Health Organization (2005). WHO Outbreak communication guidelines. Hentet 25 april 2009 fra
<http://www.who.int/infectious-disease-news/IDdocs/whocds200528/whocds200528en.pdf>

World Health Organization (2005m). Outbreak communication. Hentet 10 juli 2009 fra
http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32web.pdf

World Health Organization (opdateret 2005n). WHO handbook for journalists: Influenza Pandemic. Hentet 25. August 2009 fra
http://www.who.int/csr/don/Handbook_influenza_pandemic_dec05.pdf

World Health Organization (2005o). Effective Media Communication during Public Health Emergencies. A WHO Handbook. Hentet 25 august 2009 fra
<http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20HANDBOOK.pdf>

World Health Organization (2005k). International Health Regulations 2005. Hentet 25 april 2009 fra
http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/CSR/Publications/IHR_booklet.pdf

World Health Organization (2006f). SARS: How a global epidemic was stopped s. 6-9. WHO library cataloguing in publication data: Geneva

World Health Organization (2006g). 50 years of WHO in South East Asia, Highlights: 1948-1998. Hentet 20 maj 2009. Sidst opdateret 26 april 2006 fra
http://www.searo.who.int/EN/Section898/Section1444_5861.htm

World Health Organization (2006c). 50 years of WHO in South East Asia, Highlights: 1948-1998. Hentet 20 maj 2009. Sidst opdateret 26 april 2006 fra
http://www.searo.who.int/EN/Section898/Section1444_5921.htm

World Health Organization (2007a updated edition). Working for health. An introduction to the World Health Organization. Printed in Switzerland. Hentet 25 april 2009 fra
http://www.who.int/about/brochure_en.pdf

World Health Organization (2007h). The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century. France: WHO Press.
http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf

World Health Organization (2007i). The world health report 2007. A safer future. Hentet 25 april 2009 fra
http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf

World Health Organization (2007l). Working for health. An introduction to the World Health Organization. Hentet 25 april 2009 fra
http://www.who.int/about/brochure_en.pdf

BILAG 1: Agenda for Disaster Management Working Group meeting, Hanoi

DISASTER MANAGEMENT WORKING GROUP (DMWG)

Disaster Management Working Group meeting
16th of April 2009, 14:00 – 16:00
NGO Resource Centre

Chaired by: Urgo Blanco - UNDP

Purpose of the meeting:

1. Monitoring of DMWP 2009 workplan (first quarter)
2. Follow up of core issues: DIMS and Disaster Plans –steps forward.
3. Disaster funding mechanisms

Agenda:

1. Monitoring of the implementation of 2009 workplan –attached- (15 min.)
2. DIMS-DMIS: follow up after last meeting -4 March- (10-15 min.)
3. Disaster and Pandemic response plans: steps forward (10 min.)
4. Cluster approach: follow up (5 min)
5. Disaster funding mechanisms: Flash Appeal, CAP, Central Emergency Fund, etc. (15 min.)
6. Other issues (15 min)
 - 6.1. Links between DMWG and Climate Change WG
 - 6.2. SPHERE standards

BILAG 2: Email korrespondance mellem Dida Connor og Jody Lanard

På baggrund af diskretion fra afsender har jeg valgt at overstrege personlige oplysninger i dokumentet.

Fw: from Dida :)

Fra: **connor dida** [REDACTED]

Sendt: 12. januar 2009 04:36:13

Til: camilla_frederiksen@hotmail.com

hi darling!

[REDACTED] I mailed you to let you know it was ok to contact her [REDACTED]

and let me know if u need anything else yeah xx

big kiss [REDACTED]

----- Forwarded Message -----

From: "jody@psandman.com" <jody@psandman.com>

To: connor dida [REDACTED]

Cc: jody@psandman.com

Sent: Sunday, January 11, 2009 9:42:44 PM

Subject: Re: from Dida :)

Whoa -- I feel so bad about this: I thought I had replied, but I cannot find any record that I did!!

YES of course, please feel free to tell Camilla she can contact me. I must be losing brain cells, because I thought I had responded.

[REDACTED]

Again -- SO sorry about the delay. I am very interested in hearing from Camilla about her thesis. Peter will certainly think through with me whatever Camilla has to say -- we both love helping students who are interested in risk comm.

[REDACTED]

> Hi Jody,

>

> Happy New Year! [REDACTED]

[REDACTED] My friend Camilla

> contacted me to see if it would be ok for her to contact you regarding her

> risk communication thesis. I'm not sure if you received my earlier mail -

> if not please let me know, since you must have been inundated with e-mails

> while you were away, and I will re-send-

>

> How are things with you?

>

> Sending you warmest wishes,

> Dida

BILAG 3: How has WHO influenced health development in member countries over the past 50 years?

About SEARO

50 Years of WHO in South East Asia

1998

Towards the new millennium

 [Table Of Contents](#)

On the threshold of the new century, and as the world celebrates the 50th anniversary of WHO, it is an opportune time to consider the Organization's influence on global health development.

How has WHO influenced health development in Member Countries over the past 50 years?

...Consider the tangible things like

- the eradication of smallpox and virtual elimination of certain communicable diseases and the control of most communicable diseases in the countries;
- the changes in the health systems and the health infrastructure in the countries;
- the increase in life expectancy and the decrease in infant mortality and maternal morbidity and mortality.

...Consider the more subtle ways WHO has influenced things like:

- how development works, from the early days of "assistance" to countries, to a participatory and collaborative approach now where planning and decisions are jointly made with the countries collectively and individually;
- decentralization and community-based people's movements reflecting the principles of WHO's slogan "Health for All--All for Health";
- community-oriented education;
 - reform and reorientation of medical education;
 - advocacy for equity, and social justice;
 - the impact of WHO publications.

...Consider

- the role played by WHO in highlighting the vital role of health in development ;

- the role played by WHO in getting health on the Human Rights agenda;
- the role played by former WHO staff on their return to their own countries.

...Consider

- the effect on national institutions of being designated as WHO Collaborating Centres and working to develop approaches and tools for other countries to use.

... Consider

- the new and dynamic relationships between WHO and its Member Countries, working as partners in health development.



Last update: 26 April 2006