



Masteroppgave

Masterstudium i empowerment og helsefremmende arbeid
mai 2021

Vaksineskepsis blant sykepleiere

En kvalitativ studie blant sykepleiere i eldreomsorgen i Oslo

Kandidatnavn: Frode Skogen

Emnekode: MAPO 5900

Antall ord: 23 793. Studiepoeng: 60.

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Sammendrag

Bakgrunn: Studien undersøker hvordan sykepleiere i eldreomsorgen reflekterer og begrunner sin skepsis til influensavaksine. Det er dilemma for sykepleierne da det helsefremmende arbeidet i Norge er basert på valgfrihet i forhold til å ta influensavaksine. Det finnes lite forskning på hvordan sykepleiere reflekterer og vurderer rundt det etiske dilemmaet som befinner seg skjæringspunktet mellom retten til selvbestemmelse om å ta influensavaksine på én side, og den yrkesetiske- og lovmessige plikten til å beskytte pasienter på den andre siden. Det er derfor hensiktsmessig å undersøke hva som er betydningsfullt for sykepleierne i deres refleksjoner og vurderinger.

Hensikt: Å undersøke sykepleiernes refleksjoner og begrunnelser for å avstå fra influensavaksine.

Teoretisk forankring: Det teoretiske perspektivet i studien er teori om etikk, og ulike sosiale-, kulturelle og politiske forklaringsmodeller som kunnskapsgrunnlag bak influensavaksineskepsis.

Metode: Kvalitativ metode er brukt for å besvare studiens forskningsspørsmål. 10 temabaserte dialogintervjuer er gjennomført. Utvalget er sykepleiere med skepsis til influensavaksine som jobber i eldreomsorgen. Det er gjort en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet.

Resultater: Hovedfunn og fortolkninger kan peke på at sykepleierne vektet selvbestemmelse og autonomi tyngre enn etiske perspektiver, prinsipper og lovverk som har til hensikt å beskytte pasienter mot sykdom. Dette er lite snakket om, artikulert og tematisert av sykepleierne, men fremkommer som avgjørende.

Konklusjon: Uavhengig av hvilke kunnskapsgrunnlag sykepleierne trekker på i sine refleksjoner vedrørende influensavaksine, kan det være hensiktsmessig å vurdere tilpasset informasjonsoverlevering rundt influensavaksinen for å øke vaksinasjonsdekningen.

Nøkkelord: Vaksineskepsis, influensa, etisk dilemma, tvetydighet, ambivalens og informasjonsformidling.

Abstract

Background: Skepticism towards the flu vaccine amongst nurses in elderly care, is subject to this study. This is a broad public belief on autonomy and individual decision-making rights, which is an ethical dilemma rising between patient safety and individual rights on autonomy. Research is limited on perceived ethical views on the dilemma arising between autonomy and patient safety - hence the need to investigate these nurses' reflections and assessments further.

Aim: To investigate nurses' reflections and assessments behind vaccine skepticism.

Theory: Theoretical perspectives in this study are ethics, different cultural-, political and social explanatory views behind vaccine skepticism.

Methods: Qualitative method was used to answer research questions. 10 theme-based dialogue interviews were conducted. The sample consisted of nurses with different cultural backgrounds. Qualitative content analysis was used to analyze the data.

Findings: Main findings and interpretations may suggest that these nurses value autonomy and the right to make individual decisions more than other ethical perspectives, principles and laws addressed to patient safety. The subject is under-spoken, little articulated and thematized.

Conclusion: It may be necessary to explore alternative methods of delivering information regarding the flu vaccine, in order to address vaccine skepticism regardless of arguments in their reflections and assessments.

Key words: Vaccine, hesitancy, ambivalence, ambiguously, ethical dilemma and influenza.

INNHold

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Innledning..... | 2 |
| 1.1 | Vaksineskepsis og folkehelsearbeid..... | 3 |
| 1.2 | Vaksineskepsis som fenomen..... | 5 |
| 1.3 | Lovverk | 7 |
| 1.4 | Influenza..... | 9 |
| 1.5 | Hensikt og formål..... | 10 |
| 1.6 | Problemstilling | 11 |
| 1.7 | Begrepsavklaring..... | 11 |
| 1.8 | Struktur i oppgaven | 12 |
| 2 | Ulike perspektiver | 14 |
| 2.1 | Ulike etiske perspektiver | 14 |
| 2.2 | Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere..... | 17 |
| 2.3 | Kulturelle og sosiale perspektiver | 18 |
| 2.4 | Empowerment-perspektiv | 22 |
| 2.5 | Perspektiver fra media..... | 23 |
| 2.6 | Vaksiner: solidaritet og ansvar for egen helse | 25 |
| 2.7 | Relevant forskning | 29 |
| 2.7.1 | Influensapandemien 2009 og ambivalens vedr. influensavaksine | 29 |
| 2.7.2 | Holdninger til vaksiner | 29 |
| 2.7.3 | Sosiale medier og antivaksineholdninger | 32 |
| 2.7.4 | Informasjonsflyt..... | 33 |
| 3 | Metode..... | 35 |
| 3.1 | Fenomenologisk-hermeneutisk | 35 |
| 3.2 | Utvalg og ulike forskningsfelt..... | 36 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.3 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 37 |
| 3.4 | Litteratursøk | 37 |
| 3.5 | Forskningsetikk og juridiske overveielser..... | 38 |
| 3.6 | Juridiske overveielser..... | 39 |
| 3.7 | Analysemetode..... | 39 |
| 3.8 | Kvalitetssikring | 41 |
| 4 | Resultater og funn..... | 43 |
| 4.1 | Erfaringsbasert kunnskap | 43 |
| 4.1.1 | Tidligere sykdomserfaringer | 44 |
| 4.1.2 | Holdninger og vaksineskepsis..... | 46 |
| 4.1.3 | Sykepleieetikk i lys av vaksineskepsis | 48 |
| 4.2 | Helsepolitiske føringer, legemiddelindustrien og media..... | 51 |
| 4.2.1 | Tvetydighet til etablerte vaksiner..... | 51 |
| 4.2.2 | Tvetydighet til legemiddelindustrien | 53 |
| 4.2.3 | Informasjonsflyt..... | 55 |
| 4.3 | Valgfrihet | 58 |
| 4.3.1 | Taushet | 58 |
| 4.3.2 | Stigmatisering og isolasjon..... | 60 |
| 4.3.3 | Valg, frivillighet og tvang/påbud..... | 61 |
| 5 | Drøfting..... | 65 |
| 5.1 | Erfaringer | 65 |
| 5.1.1 | Selv-ivaretagelse | 65 |
| 5.1.2 | Beslutninger og valg gjennom generasjoner..... | 66 |
| 5.1.3 | Vaksineskepsis og den eldre pasienten | 68 |
| 5.2 | Vurderinger og valg i vaksinespørsmål..... | 69 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5.2.1 | Trygge vaksiner | 69 |
| 5.2.2 | Skepsis til legemiddelindustrien | 69 |
| 5.2.3 | Informasjonsformidling | 70 |
| 5.3 | Vurderinger og handling på jobb | 71 |
| 5.3.1 | Stille handling | 72 |
| 5.3.2 | Utenfor i egne omgivelser..... | 72 |
| 5.3.3 | Obligatorisk, eller ikke?..... | 73 |
| 6 | Konklusjon..... | 75 |
| | Litteraturliste | 77 |
| | Vedlegg 1..... | 82 |
| | Vedlegg 2..... | 86 |
| | Vedlegg 3..... | 88 |
| | Vedlegg 4..... | 91 |
| | Vedlegg 5..... | 94 |

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: ROS-skjema

Vedlegg 2: Meldeskjema/godkjenning til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Vedlegg 3: Informasjonsskriv/samtykkeskjema til informantene

Vedlegg 4: Informasjonsskriv/samtykkeskjema til å henge opp i avdeling på arbeidsplassen

Vedlegg 5: Intervjuguide

1 INNLEDNING

Denne studien undersøker vaksineskepsis blant sykepleiere som jobber i eldreomsorgen, studiet er avgrenset til skepsisen mot å ta influensavaksinen. Gjennom samtaler med sykepleier undersøkes begrunnelser, refleksjoner over dilemmaer sykepleiere befinner seg i og står i.

Dilemma som presenterer seg er selvbestemmelsesrett om å avstå fra influensavaksine på den ene siden, og plikten til å beskytte pasientene de jobber med på den andre. Sykepleierne ser på influensasykdom som en naturlig sykdom de ikke trenger å beskytte seg mot, mens yrkesetiske prinsipper omhandler å beskytte pasientene og er definert ut fra velgjørenhets-, ikke skade-, autonomi- og rettferdighetsprinsippene. I denne oppgaven undersøkes skepsisen mot å ta influensavaksinen blant sykepleiere i eldreomsorgen, i lys av vaksineskepsis som fenomen.

Influenza knyttes til ca. 900 dødsfall årlig i Norge. Influensasykdom rammer inntil 30% av alle barn, og inntil 10% av alle voksne i den norske populasjonen i en vanlig sesong. I sesonger med større epidemiske utbrudd, er tallene høyere. Det største registrerte pandemiske utbruddet, var Spanskesyken i 1918-1919 som resulterte i 25-40 millioner dødsfall på verdensbasis, hvorav ca. 15 000 i Norge. Det er hovedsakelig eldre og personer med alvorlig, bakenforliggende sykdom som dør av influensa (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Influensavaksine anbefales til helsepersonell som har pasientkontakt, fordi de i stor grad er utsatt for smitte, og kan være en ikke ubetydelig smittekilde. Det anbefales influensavaksine til alle over fylte 65 år. Sykepleiere jobber på sykehjem og i omsorgsboliger, og der er anbefalingen at alle beboere vaksineres. Hos eldre ses oftere et mer alvorlig forløp med risiko for varig redusert funksjonsnivå eller død – denne gruppen er mer sårbar enn andre grupper i populasjonen (Folkehelseinstituttet, 2018a).

I eldreomsorgen er pasientene avhengige av at personalet beskytter og gir omsorg, dette er et behov de ikke lenger evner å ivareta selv. Martinsen (2006) forklarer at sykepleiere skaper seg en jobbkultur, der pasientene og deres verdighet ikke må komme i bakgrunnen for prosedyrer og tidsklemme. Martinsen vektlegger etiske aspekter og overveielser fra pasientens synspunkt som

grunnleggende for sykepleiere (Martinsen, 2006). Én måte å beskytte sårbare pasienter på, er ved at helsepersonell og sykepleiere som er i direkte pasientkontakt, vaksinerer seg mot smittsomme sykdommer som influensa.

Influensavaksinen gir ikke varig immunitet mot influensasykdom; influensavirus muterer og endres hyppig. Immunitet mot én subtype beskytter i liten grad mot en annen subtype, og influensavaksinen må derfor løpende tilpasses de sirkulerende virusvariantene.

Influensavariantene det beskyttes mot i vaksinen, oppdateres årlig etter anbefaling fra WHO, og influensavaksinen bør gis i tidsrommet oktober til desember – i motsetning til andre vaksiner som gir immunitet i mange år. Eksempel på dette er pneumokokkvaksinen som anbefales til personer ved 65 års alder og oppover, dersom de ikke har mottatt denne vaksinen i løpet av de siste 10 årene. Flokkimmunitet, eller flokkbeskyttelse (herd immunity) er populasjonens samlede motstandsevne mot smittsom sykdom, men kan også brukes om en gruppe individer. Høy flokkimmunitet oppnås når en stor andel av populasjonen er immun mot sykdommen. Motsatt er det lav flokkimmunitet når få, eller ingen i populasjonen er immune. Immunitet kan oppnås på to forskjellige måter; enten ved vaksinasjon, eller ved å gjennomgå sykdommen ved naturlig smittevei (Folkehelseinstituttet, 2018a, b; Store Norske Leksikon, 2021). Blant populasjonen er det individer eller grupperinger som ikke ønsker influensavaksine av ulike årsaker som skaper vaksineskepsis.

Skepsis til vaksine omfatter yrkesetiske dilemmaer som handler om å beskytte pasienter og å ikke skade pasientene. Sykepleieprofesjonen bygger på de fire etiske grunnprinsippene a) velgjørenhet, b) ikke skade, C) autonomi, d) rettferdighet. De fire ulike etiske prinsippene er forankret i yrkesetiske retningslinjer både nasjonalt og internasjonalt (ICN, 2011). Å være skeptisk til vaksine som et politisk, sosialt og kulturelt ståsted, er i konflikt med yrkesutfoldelsen hvor hensynet til pasienten er et etisk profesjonsprinsipp.

1.1 Vaksineskepsis og folkehelsearbeid

De yrkesetiske retningslinjer og profesjonsprinsippene sammenfaller med folkehelseperspektiv som omfatter å bedre folkehelsen. Vaksineprogrammer som direkte hindrer dødelighet i befolkningen, er lovfestet i *smittevernloven* og *folkehelseloven*:

- Smittevernloven har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge og motvirke smitte, sikre at myndighetene iverksetter nødvendige smitteverntiltak og ivareta den enkeltes rettssikkerhet dersom underlagt smitteverntiltak (Smittevernloven, 1994).
- Folkehelseloven har som formål å fremme folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller ved å fremme helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011).

Smittevernloven og folkehelseloven gjenspeiles i internasjonalt arbeid, og ifølge WHO (2019) forekommer det sykdomsutbrudd også i land med høy vaksinedekning, fordi det finnes steder og grupperinger med lav vaksinedekning. Det vokser frem grupperinger av mennesker med vaksineskepsis i geografisk avgrensede områder både i Norge og utlandet (M. Lien, 2019; WHO, 2019).

Nesodden ble tidligere kalt for *antivaksinehovedstaden* i Norge, som sammen med enkelte innvandrergupper og Steinerskole-miljøer har hatt en høyere forekomst av foreldre som er skeptiske til å vaksinere barna sine (Eide & Haaland, 2015; Vignæs, 2018). Tall fra Folkehelseinstituttet (2019b) viser at 2-åringer fra Nesodden i 2018 nærmer seg landsgjennomsnittet for dekningsgrad av meslingvaksinen på 96%, Nesodden ligger på 95,5%. Forskning har som mål å øke vaksinasjonsdekningen gjennom tilpasset informasjonsoverlevering til målgruppen. Disse faktorene handler om intensjon om å vaksinere seg, risikoanalyse og fordeler & ulemper med vaksine (Kim, Pjesivac & Jin, 2019; Taha, Matheson & Anisman, 2014). Målrettede helseopplysningstiltak som er satt inn for å øke vaksinasjonsdekningen i områder med lav vaksinedekning, slik som Nesodden synes å ha effekt på befolkningen generelt.

Vaksineskepsis er en motsats til vaksinasjonsprogrammer som er blant de mest vellykkede globale tiltakene for en bedring av folkehelsen (Rygg, 2006). Arbeidet med å øke vaksinedekningen i samfunnet er basert på frivillighet, medbestemmelse og autonomi, hvor individet har valg til å bestemme. Mæland (2016) begrunner dette med en radikal endring fra sykdomsforebyggende tenkning til helsefremmende tenkning – empowerment. Befolknings- og brukervedvirkning i lokalsamfunnet er den viktigste arenaen for helsefremmende arbeid, selv

om politisk arbeid på alle plan muligens betyr mest. Fremfor ekspertstyrt tilnærming bygger det helsefremmende arbeidet på demokratisk medvirkning for de involverte (Mæland, 2016). Sykepleiere som jobber i eldreomsorgen med direkte pasientkontakt (sårbare grupper, den gamle pasienten), ønsker å bruke sin selvbestemmelsesrett; retten til å gjøre et frivillig valg om å vaksinere seg mot influensa. På arbeidsplassen forventes det at sykepleieren skal ta vaksinen årlig, og hvordan vaksinasjonsarbeidet foregår for å øke vaksinedekningen blant sykepleiere, har innvirkning på hvordan sykepleierne opplever disse forventningene. Det er etiske dilemma sykepleierne står i; sin egen selvbestemmelsesrett, autonomi og ideologi kommer i konflikt med plikten til å beskytte pasientene – som er nedfelt både i lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Videre vil jeg utdype mer om disse temaene, først hva influensavaksine-skepsis er.

1.2 Vaksineskepsis som fenomen

Vaksineskepsis er et sammensatt og komplekst fenomen og angår hele populasjonen både på individ- og gruppenivå. Sykepleierne og helsepersonell blir formet av ulike kulturelle, politiske og sosiale virkeligheter og livsverdener som omfatter vaksinespørsmålet knyttet til influensavaksinen.

Grønn ideologi startet som opprørsbevegelser i 1960-årene og omhandler et økologisk perspektiv, en virkelighetsbeskrivelse som bygger på en samling politiske ideologier – antiautoritære og ikke-voldelige. Grønn ideologisk tradisjon er opphavet til økologiske partier som ble opprettet på 1980-tallet, og ideologien fremmes av Miljøpartiet De Grønne (Wikipedia, 2020). Grønn ideologi brukes av de som knytter seg til denne tenkningen i sine vurderinger, deriblant sykepleiere og annet helsepersonell. I disse vurderingene inngår også spørsmål om influensavaksine – og andre vaksiner, da det bryter med prinsippene bak økologisk tenkning. Influensavaksine er således et kunstig fremstilt legemiddel som da blir definert som unaturlig, og tilhengere av denne ideologien ønsker ikke å tilføre kroppen dette.

Ifølge Professor Jan Helge Solbakk, professor i medisinsk etikk ved medisinsk fakultetet på Universitetet i Oslo, handler vaksineskepsis om redsel for bivirkninger og referer til meningokokkvaksinen som ble gitt til norske vernepliktige på 80-tallet. De rapporterte bivirkningene var ulike alvorlige nevrologiske sykdommer hos både skoleelever og ungdom.

Han mener at det er faktakunnskap som viser til at noen vaksiner kan gi alvorlige bivirkninger. Meningokokkvaksinen ble senere solgt til New Zealand og gitt til små barn. Små barn var derimot ikke blitt testet i det norske forsøket – og følgelig fantes det ikke data om bivirkninger hos denne gruppen. Solbakk hevder at videresalg av vaksinen burde vært forbudt da det fremkom kunnskap om uønskede bivirkninger til de norske vernepliktige soldatene. En slik praksis fører til vaksineskepsis. Ulemper og bivirkninger blir ikke i tilstrekkelig grad opplyst om på lik linje med fordelene ved vaksiner; dette i seg selv skaper skepsis til vaksinene (samtale med J. H. Solbakk, personlig kommunikasjon, 17. september 2019).

WHO (2018) skriver at vaksineskepsis er et komplekst, globalt problem som krever pågående monitorering, og definerer vaksineskepsis på følgende måte:

«Vaccine hesitancy refers to delay in acceptance or refusal of vaccines despite availability of vaccination services. Vaccine hesitancy is complex and context specific varying across time, place and vaccines. It includes factors such as complacency, convenience and confidence» (WHO, 2018).

Vaksineskepsis kan således forstås som et fenomen som bunner i motvillighet til å vaksinere seg mot sykdom, i denne studien gjelder det spesifikt influensavaksinen. Det finnes flere vaksiner som ikke faller under vaksinasjonsprogrammet, men som også er gjenstand for debatt i mediene (f.eks. HPV).

I en lederartikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening, skriver Rygg (2006) at vaksineskepsis øker i populasjonen grunnet den historiske avstanden til epidemier – også hos helsepersonell fordi de ikke har erfaringer med sykdommene det vaksineres mot, og peker på at den gode effekten av vaksineprogrammer over tid i seg selv skaper grobunn for vaksineskepsis kalt «profylaksearbeidets paradoks» (Rygg, 2006). Vaksineprogrammer er i Norge frivillig å delta i, eller benytte seg av. Det er likevel slik at norske myndigheter – og samfunnet – må forholde seg til en del lover og regler som omhandler vaksiner mot smittsomme sykdommer, som smittevernloven og folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011; Smittevernloven, 1994).

1.3 Lovverk

Det er nedfelt lover og forskrifter i Norge rundt vaksinasjon, disse inkluderer hvem som kan vaksineres, av hvem og krav til dokumentasjon/dokumentering (Helsepersonelloven, 1999; Pasientjournalforskriften, 2019; Pasientjournalloven, 2014). Lovverket omfatter også hvilke rettigheter og bestemmelser som gjelder dersom du må ta stilling til vaksinasjon på vegne av andre, f.eks. egne barn (Folkehelseinstituttet, 2019c; Folkehelseloven, 2011; Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Loven som omhandler helse i et samfunnsperspektiv, er folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011) som definerer helsearbeid slik:

«Folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Kap. 1, §3-b)».

For samfunnet kan følgene av å unnlate å vaksinere seg selv eller barna sine ha fatale konsekvenser. Slik Mæland (2016) tolker det ligger det et ansvar både hos enkeltindividet og fellesskapet. Det er et mål om å forbedre folkehelsen gjennom å involvere befolkningen, og i dette ligger det en solidaritet der alle må ofre noe av sin individuelle frihet for fellesskapet, og implisitt – det enkelte individs beste. I Norge, og andre vestlige land er individuell frihet og autonomi forankret sterkt som et verdigrunnlag; det er demokratiske land med folkevalgte ledere som styrer. Samfunnet kan ikke uten videre innskrenke denne friheten, men det aksepteres dersom aspekter ved denne friheten kan skade andre; f.eks. røyking innendørs på arbeidsplassen, eller å kjøre bil i ruspåvirket tilstand. Mæland (2016) beskriver videre at dersom noe blir vedtatt for å hindre helseskade, og uten at det foreligger et samtykke¹, er det paternalisme. Populasjonen har likevel en lovfestet rett til å bli vernet mot smittsomme sykdommer jft. Smittevernloven (1994). Sykepleierne i denne studien og de eldre pasientene er en del av dette; sykepleierne er også individer som omfattes av de samme normene og forventningene som alle andre, inkludert pasientene. Ifølge Mæland (Folkehelseinstituttet, 2019b) står sykepleierne i et dilemma her mellom å kunne bruke sin individuelle frihet for å avstå fra vaksine på den ene siden, og

¹ Se pasientrettighetsloven for utdypende lesing.

pasientenes rett til å bli vernet mot smittsomme sykdommer – som i denne studien gjelder influensavaksine.

Smittevernloven (1994) beskriver hvordan befolkningen skal beskyttes mot smittsomme sykdommer, og sier følgende:

«Denne loven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.

Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.

Loven skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven (Kap. 1, §1-1)»

Smittevernlovens hensikt og formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer som influensa, og iverksette nødvendige smitteverntiltak for å oppnå dette – det betyr å tilby og distribuere influensavaksiner til eldreomsorgen, inkludert helsepersonell. I dette arbeidet er Folkehelseinstituttet en sentral aktør i Norge, som overvåker og samordner dette arbeidet. FHI lager egne smittevernveiledere som gjelder både for de eldre som bor på institusjon, og for helsepersonell som jobber på institusjonene, samt en egen veileder for de over 65 år (Folkehelseinstituttet, 2018b, 2019a, c).

Folkehelseinstituttet (2019a) har oppdatert kapittelet om vaksinasjon for flere yrkesgrupper, blant annet helsepersonell. I skrivende stund har det kommet mange endringer siden denne studien ble påbegynt grunnet covid-19 utbrudd i samfunnet, og endringene går i hovedsak på nedstenging av samfunnet jft. smittereduserende tiltak. Covid-19 utbruddet er pr. nå en pågående pandemi og jeg går ikke dypere inne på dette her. Smittevernloven ble sist endret 19/2-2021, og sammen med andre lover som helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven må de ses på i sammenheng med hverandre – spesielt de 2 sistnevnte som i bunn og grunn er identiske, men med forskjellig perspektiv; fra henholdsvis helsepersonellens ståsted og pasientenes ståsted.

Helsepersonelloven sier at formålet er å bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenestene, og at den gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge. Loven skal skape tillit til helsetjenesten. I andre enden har vi pasient- og brukerrettighetsloven som skal sikre tilgang til gode helsetjenester for alle innbyggere, og loven skal bidra til å skape tillit til helsevesenet, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd.

Felles for disse tre lovene, er at de har som formål å beskytte mot smittsomme sykdommer og å sikre tilgang til helsetjenestene samt fremme og ivareta tillit til helsetjenesten. Denne studien undersøker hvordan sykepleierne reflekterer og vurderer nettopp dette, i forhold til smittsom influensasykdom.

1.4 Influensa

Influensasykdom skyldes to typer influensavirus, type A og B, og forårsaker influensapandemier årlig – også kalt sesonginfluensa. Mellom 5 og 10 prosent av den voksne populasjonen blir smittet og mellom 20 og 30 prosent av alle barn hvert år på den nordlige halvkulen (Folkehelseinstituttet, 2018a). I disse tallene ligger det både sykepleiere og pasienter i eldreomsorgen.

Historisk er det beskrevet 19 store pandemiske utbrudd av influensa, og dette gjelder utelukkende influensavirus type A. Pandemier dateres tilbake til år 1580 og den største var Spanskesyken (1918-1919) og krevde 25 – 40 millioner menneskeliv, derav 15 000 i Norge. De 3 siste store pandemiutbruddene har fått navnene:

- Svineinfluensa H1N1 2009/2010 (er i dag et vanlig sesongvirus)
- Hong Kong-syken 1968
- Asiasyken 1957

Type A influensavirus ble påvist i 1933, og type B ble påvist i 1940. Influsentype A finnes hos mennesker, dyr og fugler (spesielt i tilknytning til vann) (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Type B influensavirus sirkulerer med 2 hovedtyper/linjer; B-Victoria og B-Yamagata, og finnes nesten utelukkende hos mennesker (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Smitteveien til influensavirus er dråpe-, luft- eller kontaktsmitte skriver FHI (2018a). Det betyr at mennesker blir smittet av hosting, nysing og fra overflater som andre har vært i kontakt med. Videre skriver FHI at det er omtrent 2 dagers inkubasjonstid med smitterisiko fra og med dagen før symptomdebut og 5 dagers varighet. Man kan også være smitteførende ved asymptomatisk sykdom skriver FHI videre. Etter å ha vært smittet med én virusstamme gir det normalt immunitet i mange år, også mot andre stammer kalt kryssimmunitet. FHI (2018a) skriver at evnen til å utvikle slik immunitet varierer med alderen.

Smittsom influensasykdom rammer hele populasjonen, blant sykepleiere, i eldreomsorgen, på sykehus og i de private hjem. Som individer har sykepleiere rett til å bli beskyttet mot smittsom influensasykdom på den ene siden, og selvbestemmelsesrett til å avstå fra influensavaksine som privatperson på den andre siden. Sykepleierne i denne studien har valgt å avstå fra influensavaksine, det reiser etisk dilemma fordi dette valget kommer i konflikt med hensynet til å beskytte spesielt sårbare pasienter i eldreomsorgen, og også gjeldene lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Sykepleiere er en del av apparatet som står for, og sørger for beskyttelse mot smittsom influensa. Det er interessant å undersøke dette nærmere for å få mer kunnskap om hvordan sykepleierne begrunner og vurderer sine holdninger rundt denne etiske problemstillingen, og om funnene kan gi bidrag til smittevernarbeidet. I denne studien forsøker jeg å belyse tematikken med grunnlag fra ulike etiske perspektiver, og fra teoretisk litteratur som omhandler hvordan individer henter, og bruker tidligere erfaringer og kunnskap fra forskjellige områder.

1.5 Hensikt og formål

Hensikten er å undersøke sykepleierens refleksjoner og begrunnelser for å ikke ta influensavaksine. Oppfatninger og selve grunnlaget for vaksineskepsis knyttet til influensavaksinen undersøkes.

Formålet med studien er å få økt kunnskap og refleksjon om hvordan skepsis til influensavaksinen begrunnes blant sykepleiere, og problematisere de yrkesetiske dilemmaene som synliggjøres.

1.6 Problemstilling

Problemstillingen er hvordan sykepleiere reflekterer og begrunner sin skepsis til influensavaksine.

Forskningsspørsmål er følgende:

- Hvilke refleksjoner og kunnskapsbegrunnelser bruker sykepleieren i sitt valg om å avstå fra influensavaksine?
- Hvordan reflekterer sykepleierne over sin vaksineskepsis og arbeidet i eldreomsorgen?

1.7 Begrepsavklaring

Etisk dilemma oppstår ved konflikt mellom ulike verdier, for eksempel dersom helsepersonells rettigheter som privatperson, kommer i konflikt med hensyn til pasienten. Noen etiske dilemmaer er regulert av lovverk (Brinchmann, 2021d).

Eklektisk er et fremmedord som betyr utvelgende, og brukes for å beskrive en person eller et uttrykk som innhenter elementer fra ulike områder (Store Norske Leksikon, 2019). I denne masteroppgaven brukes begrepet om hvordan informantene bruker forklaringer fra forskjellige kunnskapsområder til å foreta valg.

Ambivalens i Store norske leksikon (Nordbø, 2019) beskrives med dobbeltsidighet eller det å romme motsatte tendenser. Fra tysk betyr begrepet nydannelse; omkring, om, til begge sider og valent (Malt, 2019; Nordbø, 2019). Ambivalens kan her forstås som et valg som skal gjøres uten at endelig avgjørelse har blitt tatt, og/eller at endelig valg avhenger av forskjellige variabler.

Fremsnakk har flere betydninger ifølge språkrådet, hovedessensen er å snakke positivt om noe og begrepet kommer fra facebook (soialt medium). Her brukes begrepet om å snakke positivt om vaksiner uten å peke på eventuelle negative sider eller ulemper (Språkrådet, 2010).

Sosiale medier er sosiale nettverk som utspiller seg på nettsider eller apper, der det deles og skapes innhold. Slike nettverk finnes også som lukkede nettverk forbeholdt ansatte i en organisasjon. Sosiale nettverk brukes til å formidle nyheter, markedsføring, politiske ytringer og offentlig informasjon (Store Norske Leksikon, 2018).

Fake News brukes om falsk forskning, manipulasjon av politiske valg, falske leksikon, konspirasjonsteorier, argumentasjonsfeil, løgnfabrikk, trollfabrikk, propaganda, desinformasjon, postfaktuell og alternative fakta. Fake News refereres til alle de ovennevnte i denne studien (Universitetet i Oslo, 2020; Wikipedia, 2021).

1.8 Struktur i oppgaven

Hovedkapittel én inneholder bakgrunn og kontekst om influensavaksineskepsis, og hvordan slik vaksineskepsis gir opphav til etiske dilemma for sykepleierne. Påfølgende er hensikt, formål og problemstilling beskrevet, etterfulgt av en begrepsavklaring.

I hovedkapittel to presenteres relevant litteratur om etikk og etiske dilemma, og hvilke kunnskapsgrunnlag vaksineskepsis forklares ut fra.

Hovedkapittel tre er metodekapittel inneholdende vitenskapsteori og design, utvalg, søk, etiske overveielser m.m.

Hovedkapittel fire er en presentasjon av analysearbeidet.

I hovedkapittel fem presenteres funnene i denne studien.

I hovedkapittel seks drøftes funnene fra resultatkapittelet med teori og etikk, lovverk og tidligere forskning.

Hovedkapittel 7 er en kortfattet avslutning av masteroppgaven med forslag til videre undersøkelser og studier.

2 ULIKE PERSPEKTIVER

I dette kapittelet presenterer jeg ulike etiske perspektiver, etterfulgt av yrkesetiske prinsipper for sykepleiere. Videre forteller jeg om kulturelle og sosiale perspektiver da disse danner grunnlag og kontekst til å forklare hvordan vaksineskepsis kan forstås – og også mindre åpenbare sider ved folkehelsearbeid, som har uheldige konsekvenser for enkelte, deriblant sykepleiere.

2.1 Ulike etiske perspektiver

Kari Martinsens omsorgsfilosofi handler om å gi helsehjelp fra et omsorgsperspektiv (Martinsen, 1989). Det er tre sider ved omsorgsbegrepet som er fundamentale for omsorgsfilosofien til Martinsen; relasjonell omsorg handler om gjensidig avhengighet der ansvaret for den svake er et overordnet prinsipp. Omsorgen skal praktiseres som historien om den barmhjertige samaritan, og utføres ved å lære seg å håndtere makt i solidariteten for den svake. I denne studien undersøkes det hvordan sykepleierne reflekterer rundt nettopp dette – forholdet til den eldre og svake pasienten. Omsorgsmoralen skal være relasjonell og emosjonell i den daglige pasientkontakten – og således er omsorgsfilosofien i opposisjon til både pliktetikk og konsekvensetikk da den er rettet mot enkeltindivider og ikke flertallet/de andre. Aadland peker på at omsorgsfilosofien til Martinsen bør brukes som supplement med andre etiske perspektiver, og ikke som det eneste etisk styrende (Aadland, 2000).

Etikk er et stort og omfattende tema. Jeg velger derfor å peke ut enkelte etiske områder som jeg tenker er relevante for denne studien. Med etikk følger etiske problemstillinger, som kan betraktes og vurderes utfra ett eller flere ulike, etiske perspektiver.

Etisk dilemma er et fenomen som sykepleiere opplever i møte med pasienter i eldreomsorgen. Sykepleiere har et profesjonelt ansvar for etisk forsvarlig behandling i pasientpleie, og oppfyller dette ved å ha etisk bevissthet, både i behandling av, og omgang med både eldre og pasienter forøvrig. Et slikt etisk dilemma som er relevant for denne studien, er at sykepleieren ikke ønsker å ta influensavaksinen på bakgrunn av sin egen overbevisning – og er et etisk dilemma sett mot samfunnets- og profesjonsetikkens forventninger og plikter om å beskytte og ivareta pasientens

omsorgsbehov (Brinchmann, 2021c; ICN, 2011; Mæland, 2016). Et etisk dilemma må nødvendigvis bygge på etiske teorier og perspektiver, og det finnes mange diskurser. Sentrale etiske betraktninger i denne studien er basert på grunnleggende etiske perspektiver, yrkesetikk, lovverk og helserett.

De fire prinsippers etikk er ifølge Brinchmann (2021a) fire prinsipper som defineres som plikter:

- Velgjørenhet – plikten til å gjøre godt mot andre.
- Ikke skade – plikten til å ikke skade andre (som betyr at man aldri skal skade noen).
- Autonomi – plikten til å respektere autonome personers beslutninger.
- Rettferdighet – plikten til å behandle like tilfeller likt (formell rettferdighet) og til å fordele ressurser rettferdig (fordelingsrettferdighet).

Disse fire hovedgruppene vektlegger plikter og et særlig ansvar hos sykepleieren for å gjøre godt, ikke bare for enkeltindivider, men også å støtte opp om helsemessige og sosiale behov i befolkningen, ivareta egen helse for å kunne gi helsehjelp, delta i utviklingen av forskningsbasert kunnskap og å beskytte pasienter fra personer som kan utsette pasientens omsorg for fare. Som en forlengelse av samfunnsoppdraget om å beskytte pasienter, og å bidra i dette arbeidet, formes det en politisk og faglig debatt om å beskytte pasienter ved å gjøre vaksiner obligatorisk. Den eldre og sårbare pasienten har et særskilt behov for beskyttelse, og hvordan det kan gjøres kan beskrives utfra perspektiv om nærhetsetikk, pliktetikk, konsekvensetikk og yrkesfaglige retningslinjer, samt skjæringspunktet mellom etikk og helserett.

Nærhetsetikk omhandler samspillet mellom to individer skriver Brinchmann (2021b), her kan det forstås som relasjonen mellom sykepleieren og den eldre pasienten. Et sentralt poeng ved nærhetsperspektivet er å unngå teoretisering og distanse til moralske spørsmål i relasjoner; nærhetsetikk vektlegger betydningen av følelser for å kunne kjenne igjen situasjoner der faglige, og etiske verdier problematiseres. Dette betyr at sykepleiere, i møte med den eldre pasienten, må være obs på pasientens situasjon for å kunne kjenne igjen etiske dilemma som kan være relevante for sykepleieren. Et slikt dilemma er om sykepleieren har satt seg inn i, forstått og tatt hensyn til pasientens beste, ved å ikke ha tatt influensavaksine – som igjen betyr å utsette

pasienten for smitterisiko. Sett fra den eldre pasientens perspektiv, har h*n en tillit til sykepleieren der det forventes å bli sett, møtt og tatt vare på – og som er en plikt for den vare og følsomme sykepleieren overfor den eldre pasientens lidelse og sårbarhet (Brinchmann, 2021b)..

Pliktetikk er forløper til konsekvensetikk ved at plikten er indremotivert, det vil si ikke av ytre plikter som lovverk, regler eller religion (Brinchmann, 2021c). Denne retningen innen etikk stammer fra moralfilosofen Immanuel Kant (1724-1804) forteller Brinchmann (2021c) videre. Pliktetikk kan forstås som isolerte plikter uten å foreta etiske overveielser av konsekvensene, og kan innebære for eksempel å rigid forholde seg til en plikt, som senere viser seg å være skadelig for et annet individ, eller strider imot individets overbevisning. I denne studien kan det relateres til sykepleierens plikt til å ivareta den eldre pasienten, ved å være indremotivert med hensynet til sin egen autonomi og selvbestemmelsesrett. Når konsekvenser av en pliktetisk handling blir evaluert med mulige utfall før handlingen finner sted, kalles dette konsekvensetikk, og er fundamentet i sykepleieetikk & medisinsk etikk, sammen med andre etiske perspektiver Brinchmann (2021c).

Konsekvensetikk er mål- og konsekvensbasert; hvorvidt en handling er akseptabel avhenger av om den fører til en overvekt av gode konsekvenser, sammenliknet med dårlige (Brinchmann, 2021c). Videre forklarer Brinchmann at det er et teoretisk hierarki innenfor etikk, som gjør det utfordrende å håndheve i praksis, men konsekvensetikk vil ha forrang til pliktetikk. Den beste handlingen er den som gagnar flest mennesker, og må i tillegg være basert på gjeldende regler – dette gjør at arbeid med å forebygge smittespredning inkluderer smittevernloven. Brudd på smittevernloven i sin tur, er pr. definisjon en kriminell handling (Brinchmann, 2021c; Smittevernloven, 1994). Konsekvensetikk en vesentlig del av sykepleieetisk tenkning som inkluderer å ta hensyn til den andre, samt lover og regler i samfunnet. Det betyr å konsekvensutrede om handlingen, altså å ikke ta influensavaksine gagnar andre enn deg selv, og hvor mange det er til nytte for. Dilemmaet i dette tilfellet, er at handlingen om å ikke ta influensavaksine er til ulempe for den, eller de eldre pasientene. De yrkesetiske retningslinjene til sykepleieren er omfattende og klart definerte fra flere hold, og sier noe om både relasjonen til pasienten, arbeidsplassen og samfunnet.

2.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Som nevnt tidligere ligger det føringer i sykepleierprofesjonens yrkesetiske retningslinjer. Her presenterer jeg disse mer inngående.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne bunnar i barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Sneltvedt, 2021), og ifølge ICN (2011) er de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere basert på fire hovedgrupper; *å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse*. ICN ved norsk sykepleierforbund og Sneltvedt (2021) forklarer sykepleietiske retningslinjer med å yte helsetjenester til enkeltmennesker og familier, i tillegg til samfunnet, og i forhold til profesjon, pasient, medarbeidere og arbeidssted (ICN, 2011; Sneltvedt, 2021). Et sitat fra Sneltvedt (2021) beskriver passende:

«Som sykepleier har du i kraft av å være fagperson makt til å ta vare på andre menneskers liv og livsmuligheter. Denne makten og muligheten må ivaretas på en moralsk forsvarlig måte, og det berettiger en egen yrkesetisk kodeks».

Kodeksen begrunnes og forklares utdypede av Norsk Sykepleierforbund (1983) og Sneltvedt (2021):

- Sykepleierne og profesjonen: sykepleieren har et personlig ansvar til at egen praksis er etisk, faglig og juridisk forsvarlig. Sykepleieren skal aktivt bidra til etisk refleksjon i hverdagen, og være bevisst på å ikke bidra til innvirken som svekker pasientens og samfunnets tillit til profesjonen.

I denne studien kan dette relateres med at sykepleieren ikke har anledning til å formidle fake news eller andre meninger og holdninger, som ikke er basert på kunnskapsbasert praksis til pasienter, kollegaer eller andre arenaer.

- Sykepleierne og mennesket: sykepleieren deler med samfunnet ansvaret for å initiere og støtte opp om tiltak for å dekke befolkningens helsemessige og sosiale behov, og særlig i forhold til utsatte gruppers behov.

Dette er relevant fordi vaksinasjonsprogrammer og smitteverntiltak er initiert av samfunnet, og sykepleierne er, sammen med øvrig helsepersonell, ansvarlige for å utføre disse oppgavene på vegne av samfunnet. Slike vaksinasjonsprogrammer og smitteverntiltak er særlig relevant i eldreomsorgen fordi de er mer sårbare enn populasjonen forøvrig.

For å kunne utføre alle arbeidsoppgavene som hører med til sykepleieyrket, må den enkelte sykepleieren være i stand til å utføre de:

- Sykepleierne og sykepleiepraksis: sykepleieren skal ivareta egne helsemessige behov slik at evnen til å yte pleie ikke forringes.

Konsekvensene av å avstå fra influensavaksine kan føre til influensasykdom hos sykepleierne – det betyr at de er smittebærere og følgelig kan de ikke ha pasientkontakt. Sannsynligvis vil det føre til sengeleie i løpet av sykdomsperioden med svært redusert allmenntilstand, og plikten om å ivareta egne helsemessige behov synes da ikke oppfylt, da det er på bekostning av å yte sykepleie til pasientene. Videre er det et ansvar også å beskytte pasientene fra personer som setter pasientomsorgen i fare:

- Sykepleierne og medarbeidere: sykepleieren setter i verk nødvendige tiltak for å beskytte enkeltmennesker hvis en medarbeider eller annen person setter omsorgen for dem i fare

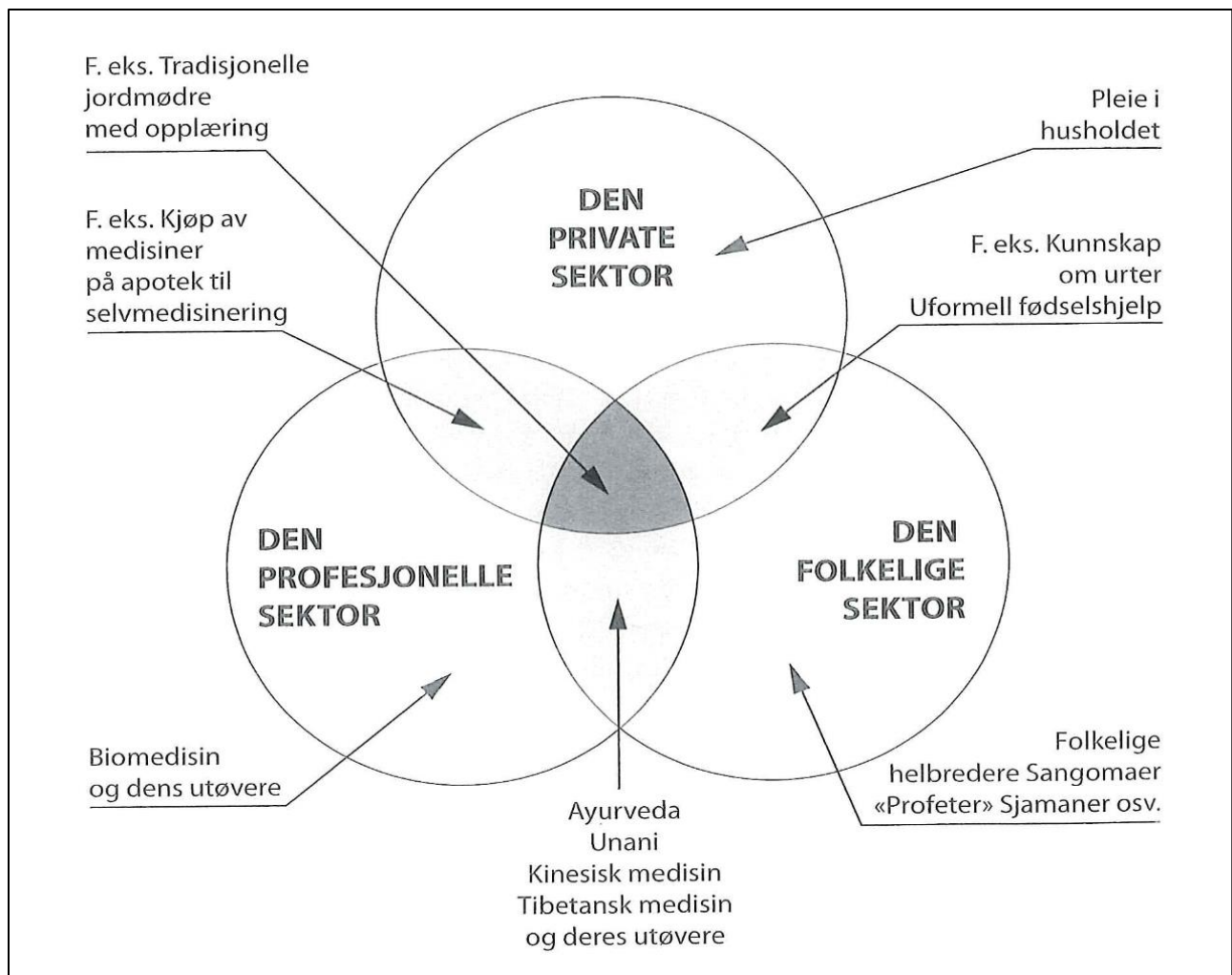
Sykepleierne har altså et ansvar for å gripe inn dersom de vet om, eller mistenker at en kollega, pårørende eller andre kan være bærere av influensavirus – og som i ytterste konsekvens kan ha dødelig utfall for den eldre og sårbare pasienten. Slik som sykepleierne har ansvar for å beskytte pasientene, har samfunnet òg et ansvar om å beskytte på politisk- og samfunnsnivå. Dette kommer til uttrykk i en offentlig debatt, via politiske programplaner og i mediebildet.

2.3 Kulturelle og sosiale perspektiver

Kultur bidrar til å forme sykdom, helseforståelse og oppfattinger skriver Ingstad (2007), sykdomsforståelse formes sosialt i hverdagen gjennom sosiale nettverk av vanner, familie, kollegaer der kunnskap dannes og formes, tidligere sykdomserfaringer og opplevelser fra de du er nær og lever med i hverdagen former sykdomsforståelse og helseopplevelser. Mangfold i

befolkninger representerer også ulike forestillinger og forståelse av sykdom og helse. Kulturelle perspektiver på sykdom og helse definert som kunnskap er slikt ikke jevnt fordelt i befolkningen, og fremkommer ulikt på tvers av grupper og geografiske områder. Makt og avmakt viser seg i hvordan synspunkter formidles til andre, og hvordan minoriteter representerer. Alle mennesker har utfra sitt spesielle synspunkt forskjellige forutsetninger for å fortolke og å gi mening til hvordan sykdom og helse forstås (Ingstad, 2007). Ulikt syn på vaksiner vil slik være tilstede i befolkningen og vaksineskepsis kan forstås mangfoldig der det eksisterer ulike oppfatninger og erfaringer som former oppfatningsevne, vurderinger og beslutningsevne. Det kan være ulike synspunkter og forståelse av hvordan vaksinen virker, hva virker den mot, hvorfor skal en ta den og hvilke konsekvenser vaksinerer får.

Arthur Kleinman, en kjent medisinsk antropolog, er opptatt av ulike forklaringsmodeller og hvordan sykdomsforståelse og helseforståelse formes. Modellen til Kleinman (1981) kan gi oss perspektiver til å forstå vaksineskepsis i lys av hvordan ulike sektorer blir sentrale og virker inn på beslutninger og valg. De ulike sektorene; privat, folkelig og profesjonell viser forholdet mellom ulike aktører som er sentrale i beslutningsprosessen. Modellen aktualiserer at valg rundt helse ikke kan begrenses til vestlig biomedisin – evidensbasert medisin – men også folkelige helseaktører og den private sektoren i husholdet og hjemmet aktualiserer hvordan folk tenker rundt vaksiner. Kleinman kaller det kulturell formgiving av sykdom fordi kulturelle og folkelige forklaringer sameksisterer med biomedisinsk lære. Mennesker henter kunnskap fra de forskjellige sektorene i helseomsorgsmodellen i forskjellig rekkefølge og påvirkes av summen av alle omstendigheter som menneskene befinner seg i til ethvert gitte tidspunkt. Dette betyr at noen mennesker ikke vil henvende seg til en vestligpraktiserende lege direkte for råd, men kanskje først besteforeldre, familie eller en tillitsperson fra nærmiljøet i hjemlandet eller der de lever sine liv (Kleinman, 1981, henvist i Ingstad, 2007):



Figur 1: Helseomsorgssystemet. (fritt etter Kleinmann) hentet fra Ingstad, 2007, s. 52.

Hvordan enkelte vil beskytte seg fra smittsomme sykdommer og hvordan en forstår vaksine, vil være avhengig hvordan kropp, sykdom og helseforståelse formes i kulturelle og sosiale sammenhenger. Hvordan du forstår kroppslige symptomer, hvem du henvender deg til for råd og hvordan du følger rådene vil være avhengig av sosiale sammenhenger. Overfører vi slike perspektiver til vaksineskepsis, vil sosiale sammenhenger, forbindelser og nettverk ha betydning for beslutninger; hvor viktig det er å ta vaksinen, i hvilken grad står jeg i fare for å få influensa? Hvis jeg forebygger influensa på andre måter, vil jeg muligens ikke i lik grad få influensa.

Begrepene illness og disease er sentrale for å forstå slike ulike perspektiver. Illness er den subjektive oppfatningen personer har, og disease er behandlerens forståelse (den profesjonelle),

Personen føler seg kanskje ikke syk, mer er i fare for, eller er syk i kraft av de prøver og kunnskap som legen tar. Forholdet mellom illness og disease vil kunne føre til dilemmaer når legen skal informere om vaksiner da informasjonsgrunnlaget skiller seg vesentlig fra pasientens forståelsesgrunnlag (Kleinman, 1981, gjengitt i Ingstad, 2007). Kleinmans begrep illness/disease forklarer at diagnosen ikke alltid nødvendigvis tilsvarer sykdomsfølelsen.

Når en skal ta vaksine handler det om kroppsliggjøring, et valg personen tar for å beskytte seg mot sykdommen. Hva er det da som står på spill? Er det forbundet med engstelse og farer? Med utgangspunkt i kroppen kan en slik studere kulturelle og sosiale forestillinger som er grunnlag for vurderinger da kroppen utgjør et eksistensielt fundament for kultur og subjektivitet (Csordas 1994, gjengitt i Hansen (2017)). Eksempelvis kan sosial engstelse være avgjørende for vaksineskepsis. Ikke bare sosial angst, men også angst for kroppslige bivirkninger; det kan være at tidligere sykdomsopplevelse, og erfaring med å leve med kronisk sykdom gjør at en avstår fra medisiner og vaksiner som ikke er strengt tatt nødvendig. Sentralt kan også være at politiske standpunkter som f.eks. motstand mot farmasøytisk industri viser seg i en kroppsliggjøring av handlinger der personer sier nei til vaksine.

Merleau-Ponty (1962, henvist i Thoresen, Rugseth og Bondevik (2020)) beskriver at mennesker påvirkes av samfunnet og kulturen vi lever i, og viser til at omgivelsene spiller en rolle i å forstå sykdom. Merleau-Ponty ser på kroppen som subjekt i denne sammenheng og forklarer at meningsmønstre, motsigelser, ambivalens og tvetydighet må forstås som en blanding av tanker, natur og kultur. Videre beskriver han at kroppen kan noen ganger være et objekt som befinner seg i bakgrunnen i bevisstheten, og ved andre anledninger i forgrunnen, f.eks. ved opplevelse av smerte. Han forklarer videre at det vil variere hva som er i forgrunnen og bakgrunnen til enhver tid, altså når kroppen kan forstås som et subjekt, og når den kan forstås som objekt (Thoresen et al., 2020). Thoms J. Csordas (1990) argumenterer i sin artikkel at embodiment er en kroppsliggjøring av kultur, og kroppen må derfor sees på som subjekt i den sammenheng i likhet med Merleau-Ponty sin beskrivelse. Dette angår sykepleierne i studien fordi fravær av sykdom vil lede til tankegangen om at sykdom ikke rammer en selv – og dermed havner i bakgrunnen for bevisstheten. Sett i lys av Merleau-Ponty er kroppen utgangspunkt for oppfatningsevne og sansing; den er i forgrunnen. Når denne type bevissthet oppleves, kan det være relevant for

sykepleierne og alle andre, å ta stilling til influensavaksine for å forebygge fremtidig sykdom dersom sykdomsopplevelsen er av en slik art at man vil unngå dette igjen senere – hvis mulig. Selv om sykepleierne i denne studien er i stand til å bevisst velge når kroppen er i forgrunnen, og når den er i bakgrunnen, er det ikke dermed sagt at dette er tilfellet i forhold til influensavaksinen. Det er i alle tilfelle helt sentralt i min studie hvordan kropp, natur og samfunn spiller en rolle i beslutningsgrunnlaget til sykepleierne som står i etisk dilemma om å beskytte pasienter, versus retten til selvbestemmelse vedrørende influensavaksine.

I forhold til kroppen forstått som fenomen forklarer Råheim (1997) følgende: «Hos det enkelte mennesket kan polariseringen av kropp og bevissthet/sjel føre til en opplevelse av splittelse mellom sansene og intellektet, mellom den sanselige kroppen og tanken». Råheim mener at medisinen er preget av et dilemma der kropp og sinn ikke kan skilles, det er en sammenheng mellom disse. Kroppen er natur og kultur, objekt og subjekt, her forstås en dualisme, et begrep også Csordas (1990) nevner i sin artikkel.

2.4 Empowerment-perspektiv

Empowerment er et begrep innen helsefremmende arbeid, og Mæland (2016) oversetter det med «det å vinne større makt og kontroll over». Tveiten (2007) skriver at den enkelte har hovedansvaret for sin helse, men at sosiale aspekter må vektlegges og respekteres, og at holdninger påvirkes av andre. En bruker- og befolkningsmedvirkning forutsetter at de profesjonelle gir fra seg makt og styring; en person, gruppe eller lokalsamfunn jobber sammen og skaper selvforsterkende sosiale prosesser. Kunnskap fordeles mellom individet og samfunnet, og sameksisterer og kan påvirke livskvaliteten i et lokalsamfunn (Ingstad, 2007; Mæland, 2016; Tveiten, 2007). Empowermentbegrepet er relevant fordi brukermidvirkning er med i debatten i det offentlige rom. Vaksinasjon i Norge er basert på frivillighet – noe som står i konflikt med debatten i det offentlige rom, der det har blitt tatt til orde for å pålegge bl.a. sykepleiere og leger i enkelte fagfelt å ta influensavaksine. Dette angår sykepleierne i denne studien direkte. Brukermidvirkning og empowerment involverer populasjonen, men det finnes flere kunnskapskilder og forklaringsmodeller utover disse to begrepene, som sykepleierne og andre henter kunnskap fra.

2.5 Perspektiver fra media

Nyheter omkring smittsomme sykdommer som det finnes vaksiner mot, blir presentert i media med ujevne mellomrom, og handler både om smitteutbrudd og bivirkninger av vaksiner som angår sykepleierne som alle andre. Influensa, HPV² og meslinger er blant sykdommene det vaksineres mot og som får oppmerksomhet i media (Folkehelseinstituttet, 2019c). Debatten som utspiller seg i media handler også om hvorvidt enkelte vaksiner skal gjøres obligatorisk for helsepersonell som jobber på visse steder i helsetjenesten – dette gjelder sykepleierne i eldreomsorgen som denne studien undersøker.

I mars 2019 ble en ansatt på legevakten i Oslo smittet av meslinger fra en pasient. Den ansatte var en av flere som ikke var vaksinert mot meslinger, noe som førte til medieoppslag og bidro til oppblussing i debatten rundt vaksiner i det offentlige rom (Dønvold-Myhre & Jibril, 2019; Eriksen, 2019; M. S. Lien, 2019). Denne debatten er sykepleierne opptatt av fordi det angår dem direkte vedrørende influensavaksinen og smittevern. De siste to årene er det ifølge NHI et økende problem med antall smittede av meslinger. I Europa I 2018 døde 72 mennesker av meslinger i Europa. Året før, i 2017, var tallet 42. Antall meldte tilfeller av meslinger ble tredoblet fra 2017 til 2018. Over 82 500 barn og voksne ble smittet av meslinger i 2018 - det er det høyeste antallet som er registrert på 10 år (Andersen, 2009; Barth-Heyerdahl, 2014; M. Lien, 2019; WHO, 2019). Meslingvaksinen er en vaksine som argumenteres for som trygg og nødvendig av sykepleierne i denne studien, men den deler likevel spørsmålet om å gjøres obligatorisk for helsepersonell, på linje med influensavaksinen. Når dette temaet belyses i mediebildet, følger også oppmerksomhet rettet mot bivirkninger.

Bivirkninger fra influensavaksinen har tidligere blitt belyst i riksdekkende medier der konsekvensene av rapporterte bivirkninger har ført til utbetaling av erstatningsbeløp, som influensavaksineskandalen i kjølvannet av influensapandemien i 2009 (Andersen, 2009; Barth-Heyerdahl, 2014). Dette er sentralt i argumenteringen fra sykepleierne som er opptatt av dette. Bivirkninger fra vaksiner er tidligere belyst gjennom forskning, som senere har vist seg å ha vært basert på feilaktig grunnlag. Funn fra slik underkjent forskning er noe som blir husket av sykepleierne, og det er ikke automatikk i at opplysninger som senere retter opp i feilaktige data

² Humant Papillomavirus, se fhi.no for utdypende lesing.

når ut til alle mottakerne av den opprinnelige, underkjente forskningen. Sykepleierne i denne studien er intet unntak for dette.

Begrepet *fake news* er ikke et nytt fenomen i et historisk perspektiv, men det har utviklet seg og finnes på flere områder i dag enn tidligere med inntog av internett– spesielt har den tidligere presidenten i USA (Donald Trump) fått mye oppmerksomhet for dette, og denne informasjonen når ut til de aller fleste i samfunnet, inkludert sykepleiere som kanskje er mer opptatt av slike spørsmål enn andre. I dag brukes *fake news* om falsk forskning, manipulasjon av politiske valg, falske leksikon, konspirasjonsteorier, argumentasjonsfeil, løgnfabrikk, trollfabrikk, propaganda, desinformasjon, postfaktuell og alternative fakta;

«I Norge har, ifølge Medietilsynet, rundt 23 prosent av befolkningen delt nyheter som de senere fant ut var falske, og 15 prosent har delt nyheter de visste eller mistenkte var usanne. 14 prosent sier at de ikke vet hvordan de gjenkjenner falske nyheter, og 37 prosent sier at de ikke sjekker mistenkelige nyheter. Facebook betalte i august 2017 norske aviser for å trykke en annonse med teksten: «sammen kan vi begrense spredningen av falske nyheter» fritt gjengitt etter Wikipedia (2021).

For sykepleiere som er født før 90-tallet er det kanskje spesielt én studie som har fått mye oppmerksomhet i media, og som har hatt en uheldig effekt; Andrew Wakefield kom med en kontroversiell studie i 1998 der han blant annet koplet autisme til bivirkninger av MMR-vaksine. Studien til Wakefield (1998) ble tilbakevist i 2004, men ble ikke redaktert i *The Lancet* (forskningstidsskrift) før i 2009 etter domfellelse mot forskeren. Slike nyheter snakkes om av sykepleiere da vaksiner er tema.

Det er viktig å anerkjenne at *fake news* er en del av mediebildet i dag og har nå en etablert plass i nyhetsbildet via sosiale medier. Petter Bae Brandtzæg, professor ved Institutt for medier og kommunikasjon (IMK) ved UiO forklarer i podkast:

«Ofte kan motivasjonen være økonomisk vinning. Man driver trafikk med falske nyheter og får annonseinntekter. Når det spres på Facebook, gjerne i grupper som er såkalte

ekkokamre, er det ofte politisk vinning bak, for eksempel å diskreditere grupper i samfunnet, som innvandrere» (Universitetet i Oslo, 2020).

Dette er med på å svekke tilliten til informasjonsgivere, både helsemyndigheter og produsenter av vaksiner rammes av slik svekket tillit, ikke bare fra sykepleierne i denne studien – men fra alle deler av samfunnet. Denne tilliten og ambivalens til vaksiner som skapes av dette, finnes det tilgjengelig forskning på, som blant annet er utført blant sykepleiere.

2.6 Vaksiner: solidaritet og ansvar for egen helse

Vaksineprogrammer er del av forebyggende- og helsefremmende arbeid. Dette er et tema som mange mener noe om, og angår hele populasjonen på mange ulike nivåer, enten du er privatperson, sykepleier eller annet.

Mæland (2016) skriver at det kreves oppmerksomhet på etikk for å drive med forebyggende helsearbeid, og vaksineprogrammer er del av dette som har til hensikt å beskytte populasjonen mot sykdom. Forebyggende arbeid utsettes for et bredt spekter av kritikk som kan skape engstelse og usikkerhet i befolkningen. Spesielt tvilsomme og farlige bivirkninger kan skape engstelse, og en slik engstelse og usikkerhet baserer seg på tidligere sykdomserfaringer og helsesvikt. I et slikt perspektiv kan forebyggende helsearbeid som vaksineinformasjon oppleves som moraliserende og undertrykkende og dermed virke mot sin hensikt som er å stimulere blant andre sykepleiere til å ta vaksine for å beskytte flertallet.

I lys av selvbestemmelse og autonomi, skriver Mæland (2016) at det er opp til den enkelte hvordan man vil leve, så lenge det ikke går utover andre. Det er kritikk rettet mot at det forebyggende helsearbeidet kan gå for langt i å fremme hensynet til helse, ved å argumentere for restriktive tiltak. Alle har et ansvar for å leve slik at det ikke går utover medmennesker, men valgfrihet er sentralt i den etiske debatten om folkehelse, ifølge Mæland (2016), og sier videre at det finnes mange som kritiserer enhver påvirkning på individnivå.

Forebyggende helsearbeid må være basert på en solidarisk opptreden, der alle ofrer litt av sin individuelle frihet for fellesskapets gevinst skriver Mæland (2016). I hvor stor grad sykepleierne i denne studien er opptatt av dette, er interessant både i den profesjonelle og private rollen fordi

det handler om sykepleierne ser på det som å beskytte pasienten, eller om retten til selvbestemmelse. Mæland mener at autonomi og frihet står meget sterkt som verdier i vestlige land, og denne kan ikke uten videre innskrenkes uten å være begrunnet i noe som aksepteres i populasjonen inkludert sykepleierne. Hos enkelte individer godtas ingenting annet enn nøytral helseinformasjon slik at valgene som gjøres på bakgrunn av helseinformasjonen er uhildet. Paternalisme er riktig i denne settingen sier Mæland videre, fordi det beskytter mot fremtidig helseskade som individer ikke evner å forutse. Her forklarer Mæland at kriteriene for å forsvare bruk av paternalisme først er oppfylt dersom det antas at nytteverdien er klart større enn de negative effektene, i tillegg til økonomiske og sosiale hensyn (Mæland, 2016). Forebygging eller behandling, er et dilemma og et medisinsketisk prinsipp som sier at kurativ, øyeblikkelig lindring går foran hensyn til fremtidig helse (Mæland, 2016). Mæland argumenterer videre at det å bruke stadig mer ressurser på behandlingstilbud gir proporsjonalt mindre gevinst – og kan bare effektiviseres videre med forebyggende arbeid (Mæland, 2016).

Individets frihet og ansvar er et etisk prinsipp som omhandler alle mennesker skriver Mæland (2016). I Fellesskapets anliggende, er det nesten ikke mulig å forsvare dette prinsippet fordi selvpåført skade får økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser for et felles helsevesen – f.eks. individer som røyker, på tross av å være fullt informert om det skadelige omfanget: «Individets frihet må settes høyt, men fordi vi er medlemmer av et fellesskap, kan den ikke gjøres til en absolutt verdi (Mæland, 2016)».

Med dette mener forfatteren at det etiske prinsippet om individuell frihet og selvbestemmelse ikke kan forsvares med pliktetik, fordi hensynet til flertallet alltid vil rangeres høyere enn hensynet til individet, og dermed er det konsekvensetik som blir det rådende etiske perspektivet. Spørsmålet blir om sykepleierne, ved å avstå fra influensavaksine, tar hensyn til flertallet ved å bruke sin selvbestemmelsesrett og autonomi - i lys av å være mulige smittebærere av influensavirus, og igjen spre influensasmitte blant pasienter i eldreomsorgen. Selvbestemmelse og autonomi som privatperson er også nært knyttet til livsstilen til hver enkelt, i et folkehelseperspektiv.

Livsstil, ifølge Mæland (2016), er sentralt i det forebyggende helsearbeidet, men et overdrevent fokus på sunn livsstil hos individer kan være til skade. Dette gjelder óg sykepleiere; et

overdrevent søkelys på helse og kropp kan det lede til narsissistisk selvdyrkelse – denne formen for ekstremisme er kjent i kroppsbyggermiljøer, på treningsstudioer og i moteverden (Mæland, 2016). Uheldige konsekvenser av dette er kjente spiseforstyrrelser som anoreksi, bulimi og ortoreksi. Det er et kulturelt press der det jages etter en perfekt kropp, og dette presset kan internaliseres ved å skape selvforakt, fortvilelse og søken mot et utopisk ideal. Samlet sett stiller Mæland (2016) spørsmålsteget ved om denne type helse er til skade; i denne sammenhengen faktorer som sårbarhet og engstelse.

Sårbarhetsfølelse og økt engstelse er faktorer som dukker opp som følge av helseopplysning og forebyggende arbeid sier Mæland (2016), og dette opptar sykepleierne i sine refleksjoner. Dette er et helseparadoks som skaper hjelpeløshet der individene stadig må søke bekræftelse om at alt er i orden hos medisinsk ekspertise. Dette kommer i tillegg som en konsekvens av formidlingen i media som peker på en utrygg tilværelse, der mediene har ropt «Ulv, ulv!» til et punkt der det skaper forvirring og er til plage, sier Mæland videre. Media misbruker gjerne det å spille på sykdomsfrykt, og dette er et sterkt våpen – intensjonen fra informasjonsgiverne er mer nyansert, og det blir feil å ikke formidle denne kunnskapen selv om den ikke alltid oppfattes korrekt (fritt gjengitt etter Mæland (2016)). Informasjonsformidlingen i media er altså ikke uten betydning for individer inkludert sykepleiere, men er ikke alene om å kunne være belastende for mottakeren, det gjelder også for medisinsk behandling som anses å være profylaktisk mer enn kurativ.

Overdiagnostikk og overbehandling kan påføre langt flere mennesker belastning, enn antallet mennesker som forebygger sykdom og tidlig død. Screening er eksempel på dette, der det gis diagnoser på tilstander som ikke er symptomgivende, og som defineres som unormalt. Dette er psykisk belastende, til tross for at oppfølgende prøver og undersøkelser gir negative funn. Store screeninger rundt mammografi og prostata gir tvilsomme funn uten betydning i mange tilfeller, derfor legger Mæland vekt på det gis realistisk informasjon om forventet nytte og mulige bivirkninger av alle forebyggende tiltak. I dag behandles mange mennesker med unødvendige medisinske behandlinger og inngrep, og dette er overbehandling som ikke gir positive resultater for den det gjelder Mæland (Mæland, 2016). Denne kategorien i helseopplysningsarbeid bruker sykepleierne i sine begrunnelser om vaksineskepsis. Empowerment innen helsearbeid er ment for

å gi populasjonen innsikt til å ta gode valg om egen helse, men i dette perspektivet er slik helseopplysning til skade.

Kemm (2015) sier at empowerment brukt til helseopplysning gjøres med hensikt å hjelpe populasjonen med å tilegne seg kunnskap som påvirker helsen deres for å endre helseadferd. Kemm skriver videre at det er etiske grenser for overtalelse, som ikke må gå over i tvang. I litteraturen, sier Kemm, at trusselmeldinger ofte virker og blir brukt i vid forstand – men virker også mot sin hensikt i andre tilfeller. Kemm mener at trusselmeldinger må studeres for å forstå når de har en hensiktsmessig effekt, og når de gjør skade. I opplysningsarbeid er det beste å introdusere en løsning sammen med trusselen ifølge Kemm, og forklarer videre at dersom trusselen ikke oppleves som håndterbar, vil det kunne føre til forsvarsmekanismer som fornektelse, unngåelse eller konspirasjonsteorier. Det reiser etiske spørsmål rundt bruken av trusselmeldinger, om de virker og om de kan forsvares – noe de trolig kan, sier Kemm, dersom trusselnivået ikke er alvorlig.

Empowerment er et begrep innen helsefremmende arbeid, og Mæland (2016) oversetter det med «det å vinne større makt og kontroll over». Tveiten (2007) skriver at den enkelte har hovedansvaret for sin helse, men at sosiale aspekter må vektlegges og respekteres, og at holdninger påvirkes av andre. En bruker- og befolkningsmedvirkning forutsetter at de profesjonelle gir fra seg makt og styring; en person, gruppe eller lokalsamfunn jobber sammen og skaper selvforsterkende sosiale prosesser. Kunnskap fordeles mellom individet og samfunnet, og sameksisterer og kan påvirke livskvaliteten i et lokalsamfunn (Ingstad, 2007; Mæland, 2016; Tveiten, 2007). Empowermentbegrepet er relevant fordi brukermidvirkning er med i debatten i det offentlige rom. Vaksinasjon i Norge er basert på frivillighet – noe som står i konflikt med debatten i det offentlige rom, der det har blitt tatt til orde for å pålegge bl.a. sykepleiere og leger i enkelte fagfelt å ta influensavaksine. Dette angår sykepleierne i denne studien direkte. Brukermidvirkning og empowerment involverer populasjonen, men det finnes flere kunnskapskilder og forklaringsmodeller utover disse to begrepene, som sykepleierne og andre henter kunnskap fra.

2.7 Relevant forskning

Det finnes lite forskning på det som er helt sentralt for denne studien; dilemma som sykepleierne står i vedrørende ønsket om å bestemme selv i forhold til å ta vaksiner, og ansvaret og plikten til å beskytte pasienter i eldreomsorgen. Det finnes derimot annen relevant forskning som undersøker andre forhold i tilknytning til vaksiner, og som angår sykepleierne i denne studien.

2.7.1 Influensapandemien 2009 og ambivalens vedr. influensavaksine

Taha et al. (2014) undersøkte hvordan graden av stress ift. usikkerhet knyttet til livshendelser og influensapandemien i 2009 relaterte med angst. Desto større opplevd grad av kontroll, desto mindre angst ble rapportert i studien. Studien nevner en betydelig ambivalens vedrørende vaksiner. Faktorene de undersøkte var «varslet trussel», «intoleranse for usikkerhet» og «kjennskap til viruset». Disse faktorene tenkes å være av betydning for vaksinevalg ved et fremtidig sykdomsutbrudd. Rapporterte funn fra studien viste «moderat angst» forbundet med alle respektive scenarioer. Moderat stress ble forbundet med «varslet trussel». Deltakere med høy grad av intoleranse til usikkerhet hadde høy grad av angst forbundet med kontroll og stress. I tillegg viste studien at deltakere som opplevde livshendelser som stressende, hadde økt stressrespons på mulige virale utbrudd. Det siste funnet reiser derfor bekymring om befolkningen vil følge vaksinasjonsråd ved neste pandemi (Taha et al., 2014). Denne forskningsartikkelen ble foretatt i kjølvannet av influensapandemien i 2009, men belyser likevel viktige faktorer i beslutningsgrunnlaget til sykepleierne som min studie omhandler – opplevelse av angst og stress knyttet til influensapandemi og fremtidige råd fra helsemyndigheter. Pandemiske influensautbrudd som dette er viktige hendelser som påvirker alle samfunn og kulturer, inkludert sykepleiere.

2.7.2 Holdninger til vaksiner

Gesser-Edelsburg, Walter og Green (2014) fant i sin israelske studie blant helsepersonell at holdninger til vaksine er basert på analytiske kunnskaper dersom opplevelsen av risiko er lav. Om risikopplevelsen var høy derimot, var det ingen signifikante forskjeller mellom helsepersonell og populasjonen forøvrig; holdninger til vaksiner i begge gruppene var basert på følelser og personlige erfaringer og ikke analytisk kunnskap. Studien konkluderer med at

helsepersonell ikke kan regnes som en forlengelse av organisasjonene de jobber i, fordi de først og fremst er individer i privat sfære. Når risiko regnes som aktuell og relevant ift. influensa, oppfører helsepersonell seg som populasjonen forøvrig. Disse funnene gir innsikt i hvordan helsepersonell oppfatter og tenker rundt vaksiner, og har kongruens med hva som er i forgrunnen og bakgrunnen, hos sykepleierne i min studie; om de først og fremst er privatpersoner eller sykepleiere. Uavhengig av hvilken rolle som er den fremtredende, er tidligere sykdomserfaringer en faktor av betydning.

Moser et al. (2016) så på vaksinasjonsdekningen blant helsepersonell innen akuttmedisin, og forskjeller på sesonginfluensa/pandemiinfluensa og vaksinedeterminanter. Funnene viste at holdninger til vaksinasjon i stor grad var basert på tidligere status, og forfatterne konkluderte med at det må eksepsjonelle omstendigheter til for å forandre på holdninger til vaksine, og at det gjøres forskjellige vurderinger ved sesonginfluensa og pandemisk influensa. Disse resultatene kan tenkes å være overførbare ikke bare til sykepleiere i eldreomsorgen, men til personer i alle samfunnslag – det viser også at det eksisterer et eklektisk forhold til vaksiner der det fattes beslutninger i hvert enkelt tilfelle basert på en samlet vurdering av flere ulike faktorer.

Auslander, Meers, Short, Zimet og Rosenthal (2019) identifiserte faktorer bak vaksinevalg hos foreldre vedrørende HPV-vaksinen. Dette er et annet virus enn hva studien min undersøker, men jeg tenker at funnene er relevante og overførbare da den peker på intensjon om å ta vaksine – sykepleiere er også foreldre som må ta stilling til vaksine for barna sine i tillegg til seg selv. Dette er også i tråd med tidligere nevnte litteratur som beskriver hvordan kunnskap formidles gjennom familiære forhold og som sykepleierne er opptatt av. Auslander et al. (2019) gjorde en kvalitativ analyse av foreldrenes intensjonsbeskrivelser (til HPV-vaksinen), hvordan de gjorde avgjørelsen og hvordan vaksinasjonen ble planlagt. Resultatene delte foreldrene inn gruppevis:

- Pro-vaksinasjon: deltakerne hadde god kunnskap om vaksinen, fravær av ambivalens, tok raske avgjørelser/valg.
- Ambivalens til vaksinasjon: sterke eller nølende intensjoner, trodde barna allerede var vaksinert, søker råd/tillatelse fra andre, viste hindringer mot vaksine uten å ha løsninger.

- Usikkerhet til vaksinasjon: styrket intensjonene om vaksine ved å innhente informasjon fra valide kilder og fant løsninger på hindringer.
- Nei til/avstå fra vaksine: hadde feilinformasjon, negative synspunkter, sterke meninger med fravær av ambivalens, overlot avgjørelsen til noen andre og ingen planer fremtidige planer om vaksine.

Studien konkluderte med at intensjoner og planleggingsprosessene hos deltakerne kan påvirke valget om vaksinasjon, og at de kan være i målgruppen for fremtidige vaksinestrategier (Auslander et al., 2019). Vaksinestrategier er relevant fordi det gjelder vaksinasjonsprogrammer som angår hele populasjonen og spesielt sykepleierne som deltar i min studie da de opplever en debatt om obligatorisk influensavaksine både gjennom media og på arbeidsplassen.

I studien til Dubé et al. (2016) fant de mange faktorer og kompleks adferd bak avgjørelse om vaksinasjon, og hensikten med studien var å undersøke disse faktorene hos foreldre som befinner seg i et kontinuum mellom ja og nei til vaksine. Resultatene viste at faktorene var en heterogen gruppe med årsaker bak valget om vaksinasjon;

- Pro-vaksine: karakteriserte god helse ved å kunne utføre alle kategoriene i ADL (activities of daily living), sunt kosthold, fysiske aktiviteter, ha venner, støtte fra familie, følger myndighetenes råd om helseadferd for seg selv og familien. Videre vektla de at infeksjøs sykdommer måtte forebygges ved å bygge opp immunsystemet. Smittevern ble av noen av deltakerne i studien avskrevet/avfeid. Noen av mødrene mente det var viktig å bygge opp immunforsvaret til barna uten å bli naturlig syke da vaksinen er trygg, effektiv og en god og enkel måte å forebygge sykdom på.
- Nei til/avstå fra vaksine: i kontrast til deltakere som var pro-vaksine, ser de på naturlig immunisering fra sykdom som bedre enn immunisering fra vaksiner. Noen av deltakerne argumenterte at kroppene til barn klarer å bekjempe infeksjøs sykdom – spesielt barn med sunn livsstil. Foreldrene så generelt på vaksine som ineffektivt og utrygt, og argumenterte med vaksinene ikke dekket alle virustypene – barna fikk fremdeles sykdom som det finnes vaksiner mot; VPD (vaccine preventable disease).

Et annet argument livslang beskyttelse fra naturlig immunisering, og noen mente at sykdommer det finnes vaksine mot ikke eksisterer lenger og behov for vaksine derfor er unødvendig.

Det ble tillagt stor vekt på usikkerhet rundt langsiktige bivirkninger av vaksiner i tillegg til mistillit helsemyndigheter og lobbyvirksomhet fra farmasien som påvirket forskningsresultater på vaksiner.

- **Ambivalens og nøling til vaksine:** Som i de andre gruppene hadde disse deltakerne et funksjonelt syn på helse, at immunsystemet er noe som må bygges opp. De var derimot mer ambivalente til rollen vaksiner har for å bygge opp immunforsvaret og lente seg mer mot naturlig immunisering og var ukomfortable ved tanken om å injisere et kunstig produkt i barnas rene kropp. De nølende mødre var svært ambivalente til vaksinasjon og knyttet usikkerhet til effekten, de var bevisste på fordelene ved vaksineprogrammer og segregerte sykdommer. Noen pekte på etablerte (gamle) vaksiner som trygge i motsetning til nyere vaksiner. Disse deltakerne differensierte vaksinene og vurderte hver enkelt og veide fordeler og ulemper for sine egne barn. Noen argumenterte at legemiddelindustrien konspirerer med myndighetene som årsak til mistillit til helseråd.

Studien konkluderer med at mødre utelukkende ønsker det beste for sitt barns helse, og at grunnlaget inkluderer mer enn å rasjonalisere fordeler og ulemper mot hverandre; sosiale normer, tidligere erfaringer, følelser, verdier, sosialt nettverk og dagligdagse hensyn til barns helse og velvære er inkludert (Dubé et al., 2016). Dette er relevant til min studie som undersøker årsakene bak vaksineskepsis, og viser at problematikken er svært sammensatt og kompleks i lys av kulturelle og samfunnsmessige faktorer inklusive politikk og ideologier som sykepleiere opplever og erfarer. Samfunnet preges av nyheter og media, og i økende grad sosiale medier som plattform – det når ut til hele populasjonen og kanskje fanges opp lettere av helsepersonell enn andre.

2.7.3 Sosiale medier og antivaksineholdninger

Rossen, Hurlstone, Dunlop og Lawrence (2019) undersøkte mekanismer bak antivaksineholdninger hos deltakere som var aktive på nettsider for foreldre i sosiale medier. Funn viste at de som var avventende eller imot vaksinasjon viste en sterkere referanse til

individets rettigheter og bekymringer om andres ve og vel. Studien konkluderer med å utvise forsiktighet mot å bruke kontroversielle fremgangsmåter som begrenser foreldrenes frihet da dette vil slå uheldig ift. ambivalens til influensavaksinasjon. Studien ble utført blant australske foreldre. Disse funnene sammenfaller med det sentrale i min studie; dilemmaet om selvbestemmelse og frihet til å velge ja eller nei til influensavaksine kontra beskyttelse av den svake pasienten. Denne artikkelen peker også på hvordan fremgangsmåter, altså formidlingsmåter rundt vaksiner foregår.

2.7.4 Informasjonsflyt

Informasjonsflyt innebærer hvordan informasjonsoverlevering foregår via medier som formidler slik informasjon fra myndighetene ut til populasjonen som sykepleiere og annet helsepersonell er en del av.

Taha, Matheson og Anisman (2013) drøfter i sin studie hvordan tillit til media, mestringsmekanismer og trussel rundt influensapandemien i 2009 påvirket intensjon om å ta influensavaksinen. Faktaopplysning og usikkerhet vedrørende virale sykdommer er kritiske faktorer når det gjelder *tillit* til media og helsemyndighetene. Mistillit til media og helsemyndighetene *øker* når det foreligger motstridene eller manglende informasjon (Jones, Waters, Holland, Bevins & Iverson, 2010; Larson & Heymann, 2010) gjengitt i Taha et al. (2013). dette er relevant fordi sykepleierne i min studie argumenterer med nettopp tillit i sine forklaringer. Denne artikkelen fant at det var en økende mistillit til helsemyndighetene ved manglende transparens rundt vaksiner.

Kim et al. (2019) gjorde en kvantitativ, covariat analyse der de undersøkte om informasjonsformidling om både fordeler og ulemper ved vaksinen hadde innvirkning på intensjonen om å ta influensavaksine hos deltakerne. Resultatet viste at intensjonen om å ta influensavaksinen var høyere hos deltakerne som kun ble opplyst om fordelene ved influensavaksinen. Denne artikkelens funn er motstridende til funnene til Taha et al. (2013), noe som kan gi en indikasjon på at det finnes flere variabler som virker inn på beslutningsgrunnlaget om å ta vaksine, enn hva studiene har belyst.

Kim et al. (2019) gjorde en annen covariat analyse i den samme studien som undersøkte sammenhengen mellom ambivalens og informasjonsformidling med og uten risikoopplysning; her var det ingen signifikant korrelasjon. I tillegg så de at tilliten til vaksinen ble høyere hos de som kun fikk opplyst om fordelene ved vaksinen. Tiltroen til effekten av influensavaksinen ble altså ansett som bedre ved manglende opplysning om ulemper. Dette er også sider ved sykepleiernes argumentasjon som belyses i min studie. I andre studier undersøkes det helt andre tilnæringsmåter til populasjonen enn via mediene.

Jacobson Vann, Jacobson, Coyne-Beasley, Asafu-Adjei og Szilagy (2018) gjorde en kvantitativ analyse basert på en systematisk litteraturstudie der de vurderte effekten av forskjellige tilnæringsmetoder i primærhelsetjenesten i 10 land i U.S.A. Funn i studien viser at gjentakende, pasientoppsøkende tiltak som sms, postkort, oppringning og brev sannsynligvis har effekt på vaksinasjonsdekningen i målgruppen (primærhelsetjenesten ekskludert hospitaliserte pasienter). Denne artikkelen belyser at det finnes alternative måter å drive med informasjonsformidling på enn gjennom medier, og kan være relevant for sykepleierne i denne studien dersom det forskes mer på og undersøkes nærmere for å brukes til å øke vaksinasjonsdekningen blant sykepleiere i eldreomsorgen.

3 METODE

Studiens metode beskrives i dette kapittelet. Kvalitativ metode redegjøres for, og det fenomenologisk-hermeneutiske perspektivet. Utvalg, innsamling av data, juridisk- og etiske overveielser samt analyse blir også presentert.

Problemstillingen er hvordan sykepleiere reflekterer og begrunner sin skepsis til influensavaksine, og for å undersøke dette egner det seg med kvalitativ metode fordi den belyser menneskelige handlinger, valg og vurderinger sier Kvale og Brinchmann (2009, henvist i Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016). Denne studien har til hensikt å undersøke opplevelser og begrunnelser knyttet til influensavaksineskepsis, derfor er kvalitativ metode benyttet. Det ble brukt dialogintervjuer med tematisk struktur og stikkord fra intervjuguiden i innsamlingen av datamaterialet, fordi det ville åpne for nye spørsmål og ny kunnskap underveis i samtale med sykepleierne.

3.1 Fenomenologisk-hermeneutisk

Fenomenologi beskrives av Wifstad (2018) som «det som viser seg» og er av gresk opprinnelse. Det greske verbet *phainestai* betyr «læren om fenomenene» på norsk. Kvalitativ metode egner seg der målet er å forstå et annet menneske sin måte å forstå, og oppfatte virkeligheten på (Wifstad, 2018).

Jeg innledet intervjuene med å invitere deltakerne til å snakke om vaksiner/vaksineskepsis og lot deltakerne snakke så fritt som mulig. Underveis stilte jeg oppfølgingsspørsmål for å undersøke nærmere noe som hadde blitt sagt som kunne være nyttig å vite mer om. Jeg tok notater underveis for å sikre at jeg ikke skulle glemme å få med mer utdypende forklaringer før intervjuene var over. Intervjuene har i så måte utspilt seg som uformelle, åpne intervjuer der forskeren har vært delaktig med toveiskommunikasjon, og holdt tråden i intervjuene. Dette er i tråd med Johannessen, Christoffersen og Tufte (2016) som påpeker at intervjuet kan bære mer preg av samtale, noe som kan gjøre det lettere for informanten å snakke.

Denne studien belyser vaksineskepsis hos sykepleiere som også er privatpersoner, dette reiser noen etiske og problematiserende dilemmaer som jeg undersøker. Å gjennomføre uformelle dialogintervjuer var nødvendig for å få tilstrekkelig med data til analysearbeidet i denne studien (Johannessen et al., 2016). Dette ga forskeren mulighet til å bruke en mer tematisk form i intervjuene, slik at deltakerne fikk snakke så fritt som mulig. Intervjuer ansikt-til-ansikt er også hensiktsmessig når det ønskes fyldige og detaljerte beskrivelser av informantens forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner knyttet til et fenomen, i denne studien influensavaksineskepsis hos sykepleiere i eldreomsorgen (Johannessen et al., 2016).

Jeg ønsket å studere erfaring og kunnskap gjennom teoretikere og forskningsartikler i analyse/drøftingsdelen der disse brukes i fortolkning av dataene, og er inspirert av Fangen (2010).

3.2 Utvalg og ulike forskningsfelt

Jeg valgte ut deltakere som kan være mulige smittebærere i møte med andre mennesker; sykepleiere i multikulturell arbeidsplass i kommunehelsetjenesten (sykehjem, helsehus og hjemmesykepleie). Her ønsket jeg å starte fordi jeg hadde jobbet der tidligere og visste at det var sykepleiere der som ønsker å debattere fenomenet vaksineskepsis.

Rekrutteringen foregikk på dagtid i ordinær arbeidstid. Deltakerne som ble rekruttert ble spurt direkte om kjennskap til andre som kan rekrutteres. Dette er ifølge Johannessen et al. (2016) et taktisk og strategisk alternativ og kalles snøballmetoden og var hensiktsmessig i rekrutteringen fordi utvelgelsen er kriteriebasert; deltakeren må ha valgt å ikke vaksinere seg utenom vaksinasjonsprogrammet. Det kortet ned tidsbruken fordi intervjuene ble på deltakernes egne arbeidsplasser hvor fasiliteter var tilgjengelig. Intervjuene ble gjennomført før, under eller direkte etter vaktskiftet til sykepleierne.

Jeg gjennomførte 10 intervjuer og åpnet for gjentakende intervju for å kunne gjøre dybdeintervju dersom det skulle bli aktuelt, dette spurte jeg deltakerne om på slutten av intervjuene. Disse kvalitative dialogintervjuene varte fra en halvtime til en times tid, og frembrakte 75 sider ferdig

transkribert materiale. 2 av intervjuene ble gjennomført på egen arbeidsplass under studiet, dog ikke fra egen avdeling, og har vært med på å gi bakgrunnsinformasjon som har dannet mitt fokus og analyse.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriteriebasert utvalg: Deltakere som har fulgt barnevaksinasjonsprogrammet, og som ikke har tatt influensavaksinen.

- Heterogent utvalg: Samtykkekompetente deltakere med sykepleierbakgrunn som jobber med risikoutsatte pasienter.

3.4 Litteratursøk

Søkeord: Vaccine hesitancy, ambivalens, vaksineskepsis. Søkene ble utført 08.06.2019 i databasene PubMed og Idunn, og de inkluderte artiklene er fra 2013 – 2019. I tillegg er det gjort manuelle søk utenom forskningsdatabaser da det er relevant for denne studiens bakgrunn og struktur.

Søk 1 ble gjort med den engelske ordlyden «vaccine hesitancy»: Det ga 606 treff med avgrensning til 2019. Alle ble forkastet.

Søk 2 ble gjort med «vaccine ambivalence» og resulterte i 55 treff, av disse ble 11 beholdt etter lesing av tittelen på studien. Ingen avgrensinger i søket ble foretatt. Av disse ble 9 beholdt etter lesing av abstrakt og 2 forkastet. Etter videre lesing ble ytterligere 1 forkastet, 6 artikler totalt beholdt.

Søk 3 ble gjort på norsk med «vaksineskepsis» i databasen Idunn.no, som resulterte i 1 treff som ble forkastet.

Søk 4 ble gjort med «vaksine ambivalens» og resulterte i 4 treff, alle forkastet etter lesing av tittel.

3.5 Forskningsetikk og juridiske overveielser

Studien ble søkt godkjent hos NSD (Norsk Senter for forskningsdata) før oppstart med intervjuene (vedlegg 2).

I en kvalitativ studie er det 4 former for risiko og belastning som deltakerne kan utsettes for; psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse (Malterud, 2011). Johannessen et al. (2016) legger særlig vekt på 3 områder;

Det vil være et informert samtykke om frivillighet og retten til å trekke seg når som helst før, under og i etterkant av intervjuet. Det vil bli laget et samtykkeskjema deltakerne skriver under på, kontaktinformasjonen på dette skjemaet vil bli benyttet for eventuelle dybdeintervju senere. Deltakerne blir anonymisert utover samtykkeskjemaet i den videre prosessen. Deltakerens rett til selvbestemmelse og autonomi: deltakerne vil i denne studien bli bedt om å gi informert samtykke på diktafon (med eksternt minnekort som kun vil bli brukt på en kryptert datamaskin der filene blir lagret uten personopplysninger og fiktive koder) i den innledende fasen. Disse skjemaene vil bli oppbevart i institusjonens safe/låsbart skap egnet for dette formålet.

Forskerens plikt til å respektere deltakerens privatliv: deltakeren skal være sikre på at forskeren ivaretar konfidensialitet, og ikke misbruker opplysningene som blir gitt. Deltakeren skal ha kontroll over hva som gis, og ikke gis av informasjon.

Forskerens ansvar for å unngå skade: deltakeren skal påføres minst mulig belastning, og forskeren skal være bevisst på sin rolle som forsker, og ikke hjelper. Dersom det kan antas at deltakeren skal kunne ha behov for oppfølging i etterkant, skal dette eksistere en faglig adekvat beredskap tilgjengelig.

I denne studien kan lydopptakeren i seg selv være problematisk ved at den skaper en barriere mellom forskeren og deltakeren da det tenkes at noen kan føle seg ubekvemme. Tematikken er personlig da den berører egen kropp, helse/sykdom, egen profesjonsoppfatning og utførelse av arbeidet sitt. Dette er dilemmaer som kan tenkes å være til skade for pasienten.

Denne studien søker bredere kunnskap om ambivalens ift. Vaksineskepsis og det kan tenkes at deltakerne opplever ubehagelige følelser rundt refleksjoner ift. tematikken i studien. Eventuelle deltakere fra nåværende arbeidsplass kan oppleve det som en pressituasjon da jeg har stilling som fagsykepleier. Jeg la derfor frem et rekrutteringsskriv via avdelingslederne med kontaktinformasjon til meg kunne rives av. På øvrige rekrutteringssteder ble det også lagt frem informasjonsskriv.

3.6 Juridiske overveielser

Helseforskningsloven (2008) har som formål å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Forskningsetikkloven (2017) har som formål å bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. §10 sier at det skal være regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Forskningsetikkloven, 2017; Johannessen et al., 2016; REK, 2019). Den nye personopplysningsloven kom som følge av EUs GDPR (general data protection regulation/personvernforordningen) (Personopplysningsloven, 2018). Denne omhandler behandling av personopplysninger, som det vil fremkomme av ROS-skjemaet som ligger bak som vedlegg i denne studien. I dette tilfellet skal det benyttes lydopptaker, det er derfor nødvendig å melde fra til Norsk senter for databehandling (Johannessen et al., 2016; NSD, 2019). Utdanningsinstitusjonen har rutiner for bruk, oppbevaring og sletting av disse dataene.

3.7 Analysemetode

Jeg bruker ulike perspektiver på fenomenet vaksineskepsis med fenomenologisk hermeneutisk fortolkning og vurdering.

Transkribering gjordes fortløpende mellom intervjuene for å kvalitetssikre feltnotatene/datamaterialet mens de satt friskt i minnet. I starten laget jeg brede deskriptive kategorier som Fangen (2010) kaller det, og både kategoriene og undergruppene som sitatene er plassert i, har skiftet navn utallige ganger. Det mest utfordrende i denne prosessen var noen av de lange sitatene som åpenbart hørte hjemme i flere kategorier og undergrupper samtidig. Jeg vendte stadig tilbake til det transkriberte materialet for å være sikker på at kategoriene ble

korrekte. For å skille intervjuene fra hverandre har jeg kodet de med intervjunummer fra 1 – 10 og linjenummer fra transkriberingen; f.eks. I3L256 henviser til intervju 3 og linjenummer 256.

I følge Fangen (2010) kan tolkningsarbeidet deles inn i 3 analytiske nivåer som kan forstås som ulike faser, eller som retningslinjer for ulike metodologiske tilnærminger til fortolkningen. Førstegrads fortolkning er bare en konstatering av det som er sett og hørt uten tilførsel av noe nytt i analysen. Andregrads fortolkning kombinerer erfaringsnære- og erfaringsfjerne analyseformer. Den erfaringsnære beskrivelsen etterfølges av den erfaringsfjerne der beskrivelsene gjøres i lys av mange forskjellige kontekster for å forklare en handling. Avslutningsvis sier Fangen videre at når det kommer til det å akkumulere kunnskap om et fenomen, er nettopp beskrivelser funksjonelt da den brede beskrivelsen av en kultur eller et hendelsesforløp kan bidra til forståelse av andre nærliggende fenomener. Dette er analysemetoden som inspirerte til denne analysen av, og passer godt til dette prosjektet gitt tema for studien.

Kultur kan leses som tekst; en hermeneutisk tilnærming til kvalitativt materiale kan i bred forstand oppdage symbolske og/eller skjulte betydninger. Fangen (2010) skriver at handlinger og meninger må studeres for å finne bakenforliggende betydninger, at de er uttrykk for noe annet. Det må leses som tegn i kontekst av forforståelse, underliggende strukturer og latente betydninger som kan bestå av symbolsk kunnskap eller erfaringer som finnes i underbevisstheten (Fangen, 2010). Ricoeur og Thompson (1981, gjengitt i Fangen, 2010) beskriver den underliggende betydninger av mønster.

Tredjegrads fortolkning, eller trippel hermeneutikk er å kritisk vurdere fortolkningen av underliggende, skjulte interesser og drivkrefter (Fangen, 2010). Enkel hermeneutikk er deltagerens egen tolkning, dobbel hermeneutikk er forskerens fortolkning. Trippel hermeneutikk innebærer altså den doble tolkningen som sammen med et tredje ledd kritisk vurderer tolkningene og prosessene underveis som kan avdekke ubevisste prosesser, ideologier, maktforhold og dominans som leder til at noen interesser får mindre plass enn andre i de spontane forståelsesformene som oppstår (Fangen, 2010). Dette har vært til inspirasjon i analysearbeidet og kvalitetssikringen i prosjektet mitt. Materiale fra teoridelen, tidligere forskning og mediedebatten per se vil således prege analysearbeidet i tillegg til egne tolkninger.

Det vil være refleksivt og tydeliggjort hvilke tolkninger som er gjort av sykepleierne, hvilke som er mine egne, hva som er tolket via teori, forskning og andre paradigmer. Fangen (2010) beskriver det som en blanding av etisk og emisk analyse (eksisterende begrepsrammeverk fra teori og deltageres egne begreper), og poengterer viktigheten av presis gjengivelse av tolkningenes opphav, kontekst og sammenheng.

Datamaterialet endte opp med 75 sider ferdig transkribert. Etter transkriberingen satt jeg med fargetusj og markerte meningsbærende enheter/sitater som ble tilegnet forskjellige tema. Denne prosessen gjentok jeg flere ganger, og noen av de meningsbærende enhetene skiftet plass mens andre havnet i mer enn ett kategorisk tema.

3.8 Kvalitetssikring

Validering der metoden er deltagende observasjon skal sikre høy grad av validitet, her forstått som at forskningen måler det den skal måle. Fangen (2010) sikter til at dette gjøres ved å vurdere gyldigheten i deltageres utsagn, dine egne observasjoner og tolkninger. Kvaliteten i håndverket, kommunikativ og pragmatisk validering er det som vurderer kvalitativ forskning sier Kvale (1997, gjengitt i Fangen, 2010).

Sykepleierne i studien fikk forhåndstilbud om å lese transkriberingen slik at de kan uttale seg om de går god for tolkningen eller ikke. Fangen (2010) understreker at det er kontekstavhengig og ikke alltid hensiktsmessig at tolkningen er gyldig hos deltagerne fordi ny innsikt skapes i diskursen. Det er altså ikke et kriterium for god validitet skriver Fangen videre; tilbakemeldingene skal brukes som kilde til nye data og innsikt, ikke som validering av resultater. Slik Fangen ser det kan forskerens versjon brukes til å la deltagerne forandre sin situasjon/forståelse til det bedre. I mitt prosjekt tenker jeg at funnene kan brukes til å bidra med hvordan informasjon om vaksiner blir formidlet til populasjonen, og veiledning av sykepleiere som enkeltindivider for å øke vaksinedekningen.

Jeg har selv transkribert alle intervjuene slik at hele datamaterialet har samme utforming og oppsett. Jeg har valgt å beholde deltakeres dialekt og snakkemåte underveis i transkriberingen for en mest mulig korrekt gjengivelse og for å redusere risikoen for at noe av meningsinnholdet

skulle gå tapt. I uthenting av førstegrads fortolkninger har jeg skrevet alt på min egen bokmålsform og ikke tatt med pauser eller andre anekdoter for å gjøre det mer leservennlig. Jeg har hele veien kunnet gå tilbake til råmaterialet for å sikre at gjengivelsen likevel beholder sin betydning.

4 RESULTATER OG FUNN

Sitatene, eller de tynne beskrivelser som er gjengitt med (..) forteller leseren at det kan være noe som ikke er gjengitt i sitatet før, underveis eller etterpå. Tallkodene er valgt for å anonymisere sykepleierne og ivareta deres personvern.

Deltakerne i studien består av både kvinner n8, og menn n2. Alderen på deltakerne varierer fra tidlig i 20-årene til nær pensjonsalder, og består av nordmenn, europeiske første- og andre generasjons innvandrere fra Europa og Asia. 2 av deltakerne har tatt sykepleierutdanningen sin i hjemlandet, 8 deltakere har tatt utdanningen i Norge.

Det er forskjellige typer kunnskap sykepleierne presenterer i intervjuene hvilket er delt inn i 3 hovedkategorier; egne erfaringer og opplevelser knyttet til sykdom, hvordan det sees i sammenheng med samfunnsmessige og kulturelle sammenhenger, samt hvordan disse faktorene er med på å forklare valg og adferd i vaksinespørsmål, herunder hva sykepleierne er opptatt av og sitatene fremhever og underbygger aktuelle funn. Sitatene er sentrale og skaper innsikt i, og problematiserer etiske perspektiver som undersøkes i denne studien.

Kategorier og undergrupper må ikke sees på som absolutte, da kunnskapen flettes i hverandre og er svært sammensatt. Jeg har likevel landet på 3 undergrupper i hver hovedkategori.

4.1 Erfaringsbasert kunnskap

Sykepleierne i studien forteller om erfaringsbaserte opplevelser de har, og denne kunnskapen deles inn i 3 underkategorier:

- Tidligere sykdomserfaringer
- Holdninger og vaksineskepsis
- Sykepleieetikk i lys av vaksineskepsis

4.1.1 Tidligere sykdomserfaringer

Sykepleierne forteller om sykdomserfaringer, egne og i nære relasjoner samt nettverk. En sykepleier forteller:

I4L532: «Ja, for min del er det rett og slett at både mamma og min bror har fått anafylaktisk sjokk etter å ha tatt influensavaksinen».

I4L546: «Jeg har tatt den svineinfluensavaksinen, da ble jeg skikkelig dårlig selv».

Her sier sykepleieren at familiemedlemmer har fått alvorlige bivirkninger av influensavaksinen og sikter til influensapandemien i 2009. Sykepleieren hadde tatt influensavaksinen selv også og opplevde å bli dårlig av dette. Pandemien påvirket også hele samfunnet, flere av sykepleierne forteller om hvordan det ble skapt angst blant befolkningen ved pandemien i 2009/10, at mennesker i samfunnet ble vettskremte for å gå ut av husene sine dersom de ikke var vaksinert:

I3L392: «..For det husker jeg, for da, da bodde jeg på St.Hanshaugen og folk sluttet å gå ut. De var vettskremte fordi de kunne ikke gå ut av huset for de hadde ikke tatt vaksine. Og det var kø på legekantoret for alle skulle ha. Og vi tok jo ikke, og vi var på tur. Eh, men da skaper du et trykk. Du skaper jo angst blant folk – jeg har ikke sett på makan. Så det var helt uaktuelt for min del å ta det greiene der. Og da ble jo noen syke også faktisk. Men det er jo veldig sjelden sånt skjer, egentlig. Så det er jo skrekkehistorie. Men allikevel så blir jo folk veldig dårlig, de som blir syke altså. Og noen blir jo ikke bra. De fikk jo varige mén..».

Hos Legemiddelverket opplyses det at Pandemrixvaksinen (som sykepleieren her refererer til) er knyttet til narkolepsi som bivirkning, og det sees en økt forekomst også hos pasienter som ble naturlig smittet med influensavirus i sesongen 2009 (Statens legemiddelverk, 2020).

Sykepleieren kaller dette et skrekkeeksempel på hva som kan skje ved bruk av vaksine.

I10L1631: «Det var farlig, folk ble isolerte og de fikk ikke lov til å komme på legevakta. De fikk ikke levert Tamiflu som er antibiotika og sånn».

Denne sykepleieren bruker ordene farlig og isolasjon fordi pasienter ikke fikk komme til legevakten for å få medisiner mens de var i isolasjon i hjemmene sine. Sykepleieren sier her at myndighetenes beslutning om at mennesker som ikke hadde tatt vaksine måtte holde seg i isolasjon i hjemmene sine var årsaken til at det var et trykk blant befolkningen som opplevde å være vettskremte med angst. Sykepleieren mener at helsevesenet ikke var tilgjengelig for mennesker som hadde behov for å oppsøke helsevesenet for å få hjelp fordi de ikke var vaksinert.

En sykepleier forteller om bivirkninger fra andre vaksiner enn influensavaksinen, og plasserer disse vaksinene i samme kategori som influensavaksinen og kaller disse for spekulative vaksiner som det ikke er behov for:

I2L131: «...Så har det vært påvist i etterkant at pasienter som fikk HPV-vaksinen, de har fått Eppstein-Barr virus og også ME. Mange av dem. Også har jeg selv hatt ME fra jeg var 16 til jeg ble 25. det er jo flere som har saksøkt blant annet staten for at de har fått den HPV-vaksinen. Så jeg liksom ikke noe til overs for, hva skal jeg si, spekulative vaksiner da. Og jeg føler egentlig at influensavaksinen ikke er noe jeg må ha...».

Videre forteller sykepleieren om hvordan h*n vektlegger alternativ medisin (ikkevestlig medisin) som behandlingsform og hvordan den behandlingen har gjort h*n frisk fra tidligere opplevd sykdom:

I2L258: «Fordi jeg hadde jo ME, og jeg ble frisk, men kun ved alternativ medisin. Så jeg hadde en australier som drev med kinesisk medisin, som rettet opp ryggen min, og da kunne jeg gå igjen – og det hadde jeg ikke gjort på syv år eller sånt noe, da hadde jeg ikke gått så lang distanse.. Eh.. Så det var jo sånn (knipser i fingrene) – han bare fikset på ryggen min, også gikk jeg».

Sykepleieren forteller her at kunnskapsgrunnlaget strekker seg ut over vestlig medisin og henter kunnskap fra andre kulturer og samfunn fra andre verdensdeler.

En annen sykepleier påpeker hvordan sykepleiere og leger på arbeidsplassen ble syke etter å ha tatt influensavaksinen, men er usikker på hvorvidt sykdomsbildet er tilfeldige bivirkninger fra vaksinen eller om det kommer fra annen samtidig sykdom.

I3L435: «...Jeg jobber på (anonymisert), det er veldig.. Altså, du har noen som har tatt det, og har blitt syke – de skal aldri mer ta det. Det er den andre varianten. De har aldri vært så syke i hele sitt liv, faktisk. Det var noen i fjor. Og det var jo leger og hvem som helst, altså leger eller sykepleiere, men altså, de som jobber der da. Ja, så det. Men; altså det er jo ikke sikkert det har noe med vaksinen å gjøre i det hele tatt. De hadde jo bare uflaks det året, hvis de tar vaksinen hvert år så blir de vel på et eller annet tidspunkt syk tenker jeg, så blir du liggende der. Men det betyr jo ikke akkurat at det er akkurat den vaksinen – det vet du jo heller ikke. Så det blir jo litt, kanskje. Men det kommer jo rett etter vaksinen; så det kan jo være litt.. Er det tilfeldig da? Det er nesten kanskje ikke det heller. Jeg vet ikke..».

Sykepleieren sier at sykdomsbildet oppleves så kraftig etter å ha tatt influensavaksinen at de aldri skal ta denne vaksinen igjen. Videre sier h*n at dersom man tar influensavaksinen hvert år så vil man på et tidspunkt bli syk av den.

4.1.2 Holdninger og vaksineskepsis

Flere av de intervjuede sykepleierne forteller at immunforsvaret påvirkes i negativ retning når det blir utsatt for vaksiner. Sykepleierne sier at fravær av sykdom og risiko, vil svekke immunforsvaret på sikt dersom kroppen får for mye hjelp til å bekjempe sykdom. De gjør risikoberegning basert på hvor farlig en influensa er. Flere av sykepleierne forklarer:

I1L17: «...Nå har jo ikke jeg det problemet, jeg blir aldri syk så da ser ikke jeg noe problem, eller grunn til at jeg skulle ta den der (influensavaksinen)..».

En annen sykepleier sier følgende:

I3L324: «...Velge å ikke ta det (influensavaksine), for jeg tror ikke det (influensa) er noe farlig. Og jeg er skeptisk og til vaksiner altså. Og influensa har jeg hatt en hel dag en gang for lenge siden, så jeg tenker..(stille pause)..».

I3L300: «Nei, det er bare det at det. Nei jeg tenker at det har ikke vært – har ikke hatt noe influensa – jeg har jo ikke hatt noe.. Noe spesielle infeksjoner egentlig, faktisk. Aldri forkjølelse. Ikke noe annet. Herpes har jeg».

Sykepleierne sier at h*n aldri er syk og følgelig ikke har et problem som tilsier at det er et behov får å ta influensavaksine. Den ene sykepleieren forteller i tillegg at h*n har en herpesinfeksjon, men presenterer dette som noe perifert i denne sammenhengen. Videre sier en sykepleier at immunforsvaret svekkes dersom det får for mye hjelp:

I1L24: «..At man ikke utsetter seg selv for å få dårlig immunforsvar for eksempel, som jeg tror at hvis man får for mye hjelp så blir kroppen vant til det også blir man kanskje mindre motstandsdyktig da..».

En annen av de intervjuede sykepleierne sier langt på vei det samme, og peker på at immunforsvaret til kroppen har forskjellig behov utfra alder:

I3L310: «..Nei, jeg tenker altså at barn, jeg tenker at for å bygge opp immunforsvaret så er det litt viktig at man ikke tar vaksine i voksenalder..».

Én sykepleier forteller at influensavaksinen er unaturlig og derfor ikke er bra for kroppen:

I3L338: «..Og jeg tror ikke det er bra. Det er unaturlig».

Sykepleieren sier at influensavaksinen er noe unaturlig og noe fremmed som h*n ikke vil ha inn i kroppen sin, og en annen sykepleier forteller om et helhetlig behandlingsopplegg med frisk luft fremfor å ta unødvendige piller, og piller mot bivirkninger av de unødvendige pillene:

I2L186: «Ja, men det var jo – jeg husker ikke helt hvilken vaksine det var, men det var den vaksinen som det var snakk om at det de fikk autisme, spesielt guttebarn da fikk jo autisme. Jeg husker ikke hvilken det er jeg. Det er helt sikkert ikke – det er sikkert forsket mye etterkant også. For jeg skulle sikkert ikke vært sykepleier for jeg er veldig alternativ og.. Det er ikke at jeg tar alt dette med meg på jobb da. Men jeg er litt sånn opptatt av at

jeg «må vi bruke så mye medisiner?» jeg vil heller, altså jeg er super for ASA, alle de tingene som du vet Ja. Jeg er ikke så veldig glad i å proppe i folk unødvendige piller bare fordi at den ene pillen gjør sånn, og den andre tar bivirkningen. Men jeg tenker heller på frisk luft og helhetlig opplegg. Sønnen min har fått en paracet i hele sitt liv da han var 9. Så jeg er veldig nøktern og den der smertestillende og (liten pause) jeg liker heller å forebygge da, i stedet for å ta det etter at det har skjedd».

Sykepleieren snakker om natur og sykdom og hvordan en helhetlig tilnærming kan forebygge sykdom fremfor å behandle i ettertid. H*n forteller om hvordan dette påvirker både den private sfæren i hjemmet i.f.t. eget barn og på arbeidsplassen med hensyn til hvordan alternativ medisin kommer i konflikt med det å være sykepleier.

I2L265: «Altså, da lå jeg jo i en mørk kjeller. Så det var mamma som fant han fyren når jeg skulle selge leiligheten min. Han bodde på Gran Canaria, så vi måtte reise ned dit – så hun måtte true meg for å dra dit, for jeg hadde sjans til å orke det. Eh.. Han har blitt truet på livet av med å bli drept på grunn av den metoden han driver med. Fordi at legemiddelindustrien mener at det er så kontroversielt at de gjerne vil ha han bort ikke sant, for han kan jo fikse ting som ikke de kan fikse. Som for eksempel da ME. Og MS kunne han jo stoppe og sånne ting. Han kunne hjelpe til å helbrede kreft. Altså, det er jo så. Ja. Så jeg tenker at vi er ekstremt mye mer svertet – svertet av media, enn det vi tror vi er. Og legemiddelindustrien egentlig. Ja.».

4.1.3 Sykepleieetikk i lys av vaksineskepsis

Sykepleiere i studiet reflekterer over sitt etiske ansvar når de blir spurt om det, etisk ansvar i forhold til vaksinespørsmålet er lite tematisert.

I8L301: «Det er ikke noe jeg har tenkt over før du stiller meg spørsmålet, men jeg har et ansvar overfor mine pasienter – akkurat nå jobber jeg på et sykehjem med eldre pasienter som er i risikogruppen kan man si, så ja. Jeg har ikke tenkt på det før du stilte spørsmålet nå.».

Hos denne sykepleieren er det manglende bevissthet rundt smittevern som igjen er en refleksjon av smittevernarbeidet på arbeidsplassen. Det er et dilemma hos flere av sykepleierne som går igjen;

I1L83: «...Ja at bra at vi tar det, vi får jo høre at det er bra vi tar det for pasientene sin del. Men, vi må jo tenke på oss selv. Kan ikke ofre hele livet for jobben da. Så det er jo sånn, jeg er aldri syk, men jeg kan jo bære med meg smitte så klart, men ja, nei. Kan ikke utsette meg selv for det. Må tenke på seg selv til syvende og sist. Ja..».

Sykepleieren forteller at helsepersonell får høre at det er bra for pasientene sin del å ta influensavaksine, men er tydelig på at h*n må tenke på seg selv. Å ta influensavaksine blir av sykepleieren sidestilt med å ofre livet for jobben. Videre forklarer sykepleieren at h*n aldri er syk, men kan være smittebærer – men dette er likevel ikke noe h*n kan utsette seg for. Sykepleieren må tenke på seg selv, også etter en vurdering av egen smitterisiko mot pasienter.

På direkte spørsmål om hvordan sykepleieren tenker rundt rollen som sykepleier ift. det å beskytte pasientene, forklarer sykepleieren at det finnes smitteverntiltak som kan benyttes dersom h*n (sykepleieren) begynner å bli symptomatisk:

I1L91: «...Ja, det er jo litt vanskelig da. Men da er man kanskje litt forsiktig hvis man begynner å få en forkjølelse, kanskje man tar på seg et munnbind eller holde seg hjemme hvis det er noe oppkast eller magesyke på gang så skal det jo være to døgn da så det. Kan man jo være litt forsiktig den veien da..».

I1L96: «...Men det er jo mye man smitter med seg før man blir syk, så det er jo da man kanskje er mest smittsom (mest smittsom før man blir symptomatisk), men man behøver jo ikke å gå oppi ansiktet på pasientene og.. Bruke hansker og beskytte seg så godt som mulig da. Ja..».

Sykepleieren vektlegger smitteverntiltak som å unngå å være nærme ansiktene til pasientene, samt å bruke hansker for å beskytte seg selv så godt som mulig. Sykepleieren forklarer også at h*n kanskje kan bære munnbind eller være hjemme fra jobb som et forsiktighetstiltak.

En annen sykepleier forteller noe liknende og forklarer at h*n er bevisst på hygiene og å ikke være mye rundt syke mennesker, i tillegg til at h*n ikke har vært syk selv og vektlegger at disse argumentene taler for å ikke ta influensavaksinen:

I2L147: «Ja, at jeg ikke må ha influensavaksine ja. Jeg har hatt influensa én gang i hele mitt liv. Aldri hatt mer enn en gang, skjønner ikke hvorfor jeg skal vaksinere meg når man da er bevisst på ikke være mye rundt mennesker som er syke. Jeg er veldig nøye på hygiene. Jeg er veldig glad i og opptatt av det med hygiene. Så tenker jeg da hvorfor skal jeg ta da influensavaksine».

Sykepleieren forklarer videre at h*n har et avslappet forhold til håndhygiene i den private sfæren, og er tydelig på at instruksjoner fra f.eks. lege ikke tas til etterretning dersom h*n ikke synes dette er riktig.

I2L206: «...Jeg vasker meg ikke så mye på hendene hjemme (ler mens hun svarer). Nei, men jeg er litt sånn, ja selvfølgelig det er jo det fordi jeg hadde jo ikke gjort alle de tingene som legen sa, som privatperson... Men hvis det hadde vært legen min, til meg, ikke sant, som hadde sagt at du må gjøre sånn og sånn, og jeg ikke synes at det personlig hadde vært riktig, så hadde jeg selvfølgelig ikke gjort det...».

Videre forklarer sykepleieren at h*n kanskje ikke burde vært sykepleier fordi h*n tenker litt annerledes og ikke bare følger mainstream. Med dette mener sykepleieren at main stream er å følge det alle andre gjør, uten å gjøre seg opp egne meninger og refleksjoner. Sykepleieren er også inne på hvordan denne rollen kommer i konflikt med rollen som sykepleier, og at privatrollen har en karakter som ikke er forenelig med det å være sykepleier:

I2L274: «Så jeg er, det er derfor jeg sier at jeg burde kanskje ikke vært sykepleier (ler). Men hvis jeg tenker – kanskje det er sunt også ha noen i sykepleie som kanskje prøver å tenke litt annerledes da, som ikke bare er sånn: ja, ja. Sau. Går det over?».

I sitatet fra en annen sykepleier forklares det at man i utgangspunktet har en plikt til å beskytte pasientene sine, men h*n vektlegger også den private sfæren over sykepleierrollen:

I4L586: «Jo, jo. Jeg tenker i utgangspunktet når man jobber som helsepersonell har man jo en plikt til å beskytte sine pasienter, så i utgangspunktet er jeg jo for f.eks. influensavaksiner. Meg personlig – hadde det ikke vært for at mamma hadde fått den reaksjonen så hadde jeg mest sannsynlig tatt den. Men jeg ble litt skremt når begge to ble så dårlig».

I10L1688: «Altså det er det. Det er ikke lett. Jeg sier at jeg står for det jeg sier. Det er annerledes å være sykepleier, fagsykepleier fordi det kan mistolkes. Det er forventet at andre skal bare gjøre det. Vi skal ikke skape uro eller tvil hos andre, så da prøver jeg å unngå store diskusjoner. Men har de bestemt seg, så vil jeg ikke påvirke de på noen måte. Jeg taler for meg selv. Okey, kanskje det forventes at sykepleiere har et samfunnsansvar om å få folk til å ta vaksinen, men beklager det gjør jeg ikke».

I dette sitatet viser sykepleieren at h*n er tydelig og bevisst i sitt svar; sykepleieren er bevisst sitt samfunnsansvar, har tatt en stilling til det og agerer ut fra det.

4.2 Helsepolitiske føringer, legemiddelindustrien og media

Flere av sykepleierne snakker om helsepolitiske føringer som må være forankret i empiri. Tillit til etablerte vaksiner, legemiddelindustrien og informasjon som kommer fra legemiddelindustrien og myndighetene er gjentakende tema i disse undergruppene:

- Tvetydighet til vaksiner
- Tvetydighet til legemiddelindustrien
- Informasjonsflyt

4.2.1 Tvetydighet til etablerte vaksiner

Sykepleierne har forskjellig tillit til forskjellige vaksiner og skiller mellom etablerte vaksiner som har vært brukt i mange år (bl.a. barnevaksinasjonsprogrammet) og influensavaksinen som er av forholdsvis nyere dato og som forandres litt fra år til år:

I1L60: «...Nei, det er jo fra.. Det får man jo fra helsestasjoner oI4Lg sånne greier da. Også er det jo obligatorisk, at hvis man skal reise og kanskje må ha hepatitt sånn og sånn og da får du jo mer informasjon på helsestasjon og det ja, blir sånne sikre og at kroniske tegn vil man kanskje unngå da, framfor den som her – som liksom skulle være så bra og vare noen måneder da..».

Her skiller sykepleieren på influensa fra andre sykdommer som hepatitt der en av variantene skaper en kronisk sykdomstilstand. Sykepleieren peker også på at det er en forskjell på hvor lenge vaksinene gir beskyttelse og at den kortvarige effekten til influensavaksinen er et argument for å ikke ta den. Det er altså en mistillit til influensavaksinen satt opp mot andre etablerte vaksiner. En annen sykepleier har samme oppfatning, og forteller at sønnen følger barnevaksinasjonsprogrammet. Her legger sykepleieren vekt på at vaksineskepsisen ikke gjelder alle vaksiner:

I2L128: «Jeg er ikke skeptisk til alle vaksiner da, det er ikke sånn. Jeg har en sønn på 9, så han følger vaksineprogrammet».

En annen sykepleier forteller det samme, men også at lite opplevd sykdom med behov for legemiddelbehandling er et argument for å ikke ta influensavaksine:

I3L295: «Eh, jo det vanlige. Vaksiner for barn. Men ikke ellers nei. En sjelden penicillinbehandling, har jeg kanskje tatt. Kanskje en penicillinbehandling i hele mitt liv».

I3L307: «Ja, de vanlige ja. Det er vel litt viktig det egentlig, for der har man jo ikke noe.. behandling».

Her trekker sykepleieren også på at det er viktig å ta etablerte vaksiner der det ikke finnes annen behandling. Sykepleierne trekker her på tillit til etablerte vaksiner og skiller på varigheten av vaksinene og hvorvidt sykdom er forbigående eller kronisk, og hvorvidt sykdom kan behandles dersom de blir smittet; differensiering av sykdommer.

4.2.2 Tvetydighet til legemiddelindustrien

Sykepleierne forteller i intervjuene om hvordan økonomi spiller en rolle i legemiddelindustrien, og at media er en del av dette. På en side er det tillit til at det lages trygge vaksiner som mennesker trenger og har behov for, og på den annen side finnes det påstander om at det eksisterer et kunstig skapt marked for enkelte vaksiner utelukkende for økonomisk gevinst. En sykepleier sier dette:

I2L247: «Ja. Jeg skjønner at folk gjør det, jeg synes det er greit, men jeg mener også at legemiddelindustrien er for mye penger og for lite fag. Eh, jeg tror det er litt for mange mennesker som tjener litt for mye penger på at vi.. Eh.. bruker paracet og ibux og sånt noe. Det er ikke alltid jeg føler at det er helt riktig det. Og i hvert fall ikke det – og det har med media å gjøre da, men når du leser at apoteket pusher for eksempel, ja du skal ha Voltaren da, så skal de pushe Somac eller hva det nå enn er liksom, for at det skal hjelpe, men så er det kanskje litt sånn på kanten, sånn – du må ta omega 3 hvis du.. Også er det jo ingen, egentlig grunnlag for at du skal ta det. Det er noe de har funnet på. Jeg liker ikke helt det da, selv om jeg ikke ville gått på noe, da tenker jeg liksom. Det er sikkert mange som, som gjør det».

Her forklarer sykepleieren at behovet for visse legemidler ikke er reelt, det er noe apotekene pusher på folk som legemiddelindustrien har funnet på. Et kunstig skapt marked. En annen sykepleier forteller at influensavaksinen ikke beskytter mot viruset den skal beskytte mot:

I3L337: «..De skaper vaksiner også, som kanskje ikke er så bra. Som altså ikke tar de tingene som de er ment til å ta. Og da.. man vet jo ingenting om det heller. Jeg synes det blir litt for lite kunnskap om det generelt. Det blir litt sånn: ja, det viser seg, det gikk bra det her også. Men likevel kan det svinge, og ja. Det er kanskje mye penger i det og. Kanskje mye av at de vil så gjerne selge og. Det er jo noe med den bransjen der, at de tjener jo mye penger. Tenker jeg – og det gjør de».

En annen sykepleier nevner begrepet overvaksinering:

I3L311: «...Det er overvaksinerings. Jeg tror at det er veldig mange som får vaksine, som ikke burde hatt det. Som ikke trenger det i det hele tatt. Tenker jeg..».

Med begrepet overvaksinerings mener sykepleieren at det gis vaksiner det ikke er behov der det mangler empiriske data på nytteverdien ift smitterisiko.

Sykepleieren forteller at det er en risiko knyttet til hvorvidt influensavaksinen beskytter mot influensa, og at dette svinger fra år til år. H*n peker også på at det er en faktor ved penger som spiller inn her, inntjening og salg. Den samme sykepleieren forteller om en generell skepsis til legemiddelindustrien og at legemiddelindustrien velger å ikke selge viktige ikke-navngitte medisiner som er så dyre at folk dør. H*n summerer opp at økonomiske interesser går foran annet:

I3L360: «...Men jeg er skeptisk til legemiddelindustrien generelt. Enkelte ting holder de tilbake, andre ting selger som bare det, og viktige ting som de velger å ikke selge, som er så dyrt at folk stryker med. For de får ikke den medisinen de skal ha, altså, jeg synes det er.. det er altfor mye økonomi i det der, til at det blir, det blir litt lite troverdig innimellom. Synes jeg absolutt altså. Så det er kanskje mer, mer som, legemiddelindustrien kan virke som de har mer økonomiske interesser enn noe annet. Det også. Men jeg leser på nettet ja. Altså det er ikke noe mye informasjon. Altså, folk kommer jo ikke med mye informasjon. Altså, de ikke. De har hørt at det er bra. For noen andre har sagt at. Og de vet heller ikke hvorfor det er bra..».

Sykepleieren forteller videre om manglende empiri som sier noe om hva slags effekt det vil ha å vaksinere helsepersonell på pasienter som blir syke. H*n stiller spørsmålsteget ved denne mangelen på empiri, og at dersom det hadde foreligget slik empiri ville dette kunne ha bekreftet om influensavaksinerings var viktig. I så måte ville det ha vært interessant sier h*n videre:

I3L461: «...Det hadde jo vært litt interessant om de hadde gjort undersøkelser på de pasientene som faktisk blir dårlig – har de vært i kontakt med noen som ikke har tatt

vaksinen da? Eller har det bare vært folk rundt som har tatt vaksinen? Altså, at man forsker litt på det hver år, at man da gjør forskning på det, for å liksom underbygge hvor viktig det er med den vaksinen da. Se her nå, så er det bare folk rundt deg som ikke har tatt vaksinen i det hele tatt. Da hadde det jo blitt veldig interessant. Da blir det noe helt annet...».

Sykepleieren etterlyser målrettet forskning på om færre pasientene blir syke som følge av at helsepersonell vaksinerer seg, og at denne empirien må gjøres tilgjengelig for å underbygge viktigheten av å ta influensavaksine.

4.2.3 Informasjonsflyt

Flere av sykepleierne opplever at informasjonen som blir gitt på arbeidsplassen og fra myndighetene ikke er tilstrekkelig opplysende vedrørende bivirkninger og ulemper ved influensavaksinen, kontra fordelene. Deltakerne er også opptatt av hvor informasjonen kommer fra, og hvordan den er fremstilt i media:

I1L15: «..Nei for det første er det veldig liten informasjon rundt influensavaksine hvis du ikke går selv og leser på alt, så er det sånn «ja, ta influensavaksine og ikke bli syk» da blir det mindre sjanse for å bli syk og bli borte fra jobb og alt det der...».

Sykepleieren opplever informasjonen som mangelfull, og at h*n må aktivt oppsøke informasjon selv for å bli tilstrekkelig opplyst vedrørende bivirkninger. Videre opplever sykepleieren at det er fremsnakk rundt fordelene ved å ta influensavaksinen ved å være mindre syk og få mindre sykefravær fra jobb. Et annet sitat fra samme sykepleier viser at h*n aktivt må innhente informasjon selv:

I1L152: «Når, jeg leser jo da. Jeg har jo vært veldig opptatt av den HPV-vaksinen og i forhold til min sønn, og lese undersøkelser og studier. Jeg studerte på skolen og var veldig opptatt av peer reviewed og sånt, så da. Vi har jo lest om det på skolen, men så fortsatte jeg med det da».

Sykepleieren innhenter informasjon fra undersøkelser og studier og legger til at h*n var opptatt av å lese peer reviewed artikler. Denne typen informasjonsinnhenting har sykepleieren fortsatt med etter at sykepleierstudiet var ferdig.

En av deltakerne unngår aktivt å lese om vaksiner i media fordi det blir fremstilt på en måte som vil skremme leseren:

I2L156: «Nei, det er ikke det jeg gidder å basere meg på altså. For det er så mye sånn – enten så skremmer de deg den ene veien, eller så skremmer de deg den andre veien. Så det er ikke der jeg leser. Må være fagsykepleierbladet, eller de da. Det føler jeg ikke er samme. Men media det hopper jeg litt kjapt over da det gjelder vaksiner».

Sykepleieren oppgir at informasjonsinnhenting kommer fra et fagblad, og ikke media da det kommer til vaksiner, grunnet skremmende fremstilling. Dette handler om tillit til media, hva slags rolle media har da det kommer til informasjonsflyt; hvordan forskning presenteres ut til befolkningen og hvordan denne informasjonen oppfattes av mottakeren (leseren, populasjonen).

Sykepleieren viser til manglende forskning som kan peke på om det er færre pasienter som blir syke som følge av at helsepersonell vaksinerer seg:

I3L329: «...Altså, de har jo testet – den norske legeforeningen har jo hatt en del sånne tester som ikke har gitt så mye resultat, for eksempel. Og, ja altså det her med at det ikke er så mange som blir smittet av helsepersonell altså. Og det er ikke mange som har det – får det heller uansett. Det er ikke mange prosent det, av folk som er på sykehus og får – eller pasienter – som får infeksjon med bakgrunn i helsepersonell. Så derfor tenker jeg også at det er, det er kanskje ikke nødvendig. Man kan jo ikke være sikker. Jeg har jo ikke noen resultater på det, men jeg.. Så derfor har jeg valgt å ikke ta det..».

Sykepleieren etterlyser også informasjon om innholdet i influensavaksinen, og mener at dette ikke opplyses om (uten nærmere redegjørelse om det gjelder media, myndighetene, arbeidsplassen eller produsentene av influensavaksinene):

I3L408: «Ja, de informerer jo ikke informasjon om hva den vaksinen består av, og hva den angriper og hva den ikke angriper, altså jeg mener, det er veldig diffust. Synes ikke jeg får noe ut av det i det hele tatt. Uansett informasjon. Faktisk. Sånn generelt sett, og ikke vet du hva det var – altså, hvorfor fikk du influensa det året? På en måte, er det, altså, har du klart å lage den vaksinen som passer det året? Har de det? Eh, og noen blir jo syke. Selv om du har tatt det. Og noen blir jo, ja, og det er en annen ting, det men, da er det jo antakeligvis den vaksinen ikke dekket for noe du blir syk for. Bør jo kanskje ikke skryte av vaksinen, men allikevel, det blir for diffust for min del altså. Hvordan kan de finne ut av hva de skal bruke året etter? Så det stusser jeg over da, synes at det blir litt skummelt jeg, faktisk».

Senere i intervjuet sier sykepleieren at mangel på forskning og empiri gjør influensavaksinedebatten til et kjempeproblem, den er lite troverdig, overflatisk og er preget av mye svada (slenguttrykk):

I3L504: «Ja, hvorfor er det viktig for helsepersonell å vaksinere seg blant andre folk da? Hvorfor er det det egentlig? Hvor mange er det de smitter? Smitter de noen? Eh, det bør jo være litt mer nyansert da, i forhold til det. Informasjon, at de har noe å vise til. For det er masse som skrives. Selv om du ikke har hatt influensa, så kan du smitte noen allikevel også, altså, mange sånne, ja har du noen tall på det? Ja det har dem ikke. Ja, i alle fall så kan det skje. Altså, hadde de bare hatt virkelig fokus på det, forsket på det så hadde vi hatt noe konkret å forhold oss til. Så hadde det kanskje vært litt lettere å styre hvilke vaksiner man skal være med på også. For det blir jo litt tilfeldig, nå tar vi den, også tar vi.. Hvordan vet de da, hvilke vaksiner de skal ta da? Det er jo flere. Så da.. og hvis man virker mer opptatt av at det her kan være et kjempeproblem, da må man jo forske på det. Altså, hvis man ikke gjør det, da blir det jo litt lite troverdig. Alt bør jo underbygges med at man forsker på det virkelig seriøst. Sånn at man ser hva man holder på med. Ja, det blir for overflatisk tenker jeg, rett og slett altså. Ja, jeg husker ikke alt de skriver om hvorfor du skal ta det, men det er i hvert fall mye svada, synes jeg».

Kort oppsummert forteller sykepleierne at det finnes for lite dokumentasjon, informasjonen som finnes er ikke godt nok tilgjengelig og den mangler empiri.

4.3 Valgfrihet

Sykepleierne forteller om opplevelser og erfaringer rundt forskjellige former for press og hvordan dette håndteres i følgende undergrupper:

- Taushet
- Stigmatisering og isolasjon
- Valg, frivillighet og tvang/påbud

4.3.1 Taushet

Flere av sykepleierne snakket om taushet som kommer som følge av å ville unngå debatt eller diskusjoner rundt deres valg ift. influensavaksinen:

I2L161: «Jeg (sykepleieren) er veldig opptatt av at ikke jeg skal presse (pasientene) eller at pasientene skal føle at de ikke vil ta vaksine fordi jeg ikke vil ta (influensavaksinen). Så jeg sier egentlig ikke til folk med mindre de spør hvorfor jeg ikke tar den. Da sier jeg også hvorfor, på grunn av den vaksinen jeg tok og ble dårlig, og at de er mitt personlige valg, også er det sikkert kjempefint at de (pasienter eller kollegaer) tar det (influensavaksine), hvis de har lyst til det, sånn at ikke jeg ødelegger for at noen andre skal ta den.»

Sykepleieren er bevisst på å ikke ville påvirke pasienten den ene eller andre veien i vaksinespørsmål, med bakgrunn i egen erfaring med influensavaksinen og hva som forventes av sykepleiere. Sykepleieren opplever et dilemma overfor kollegaer og pasienter der egen overbevisning kommer i konflikt med de yrkesetiske retningslinjene

1. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren til enhver tid opptre på en måte som gagnar profesjonen og styrker den alminnelige tillit til den (ICN, 2011).
2. Sykepleieren skal ivareta sine egne helsemessige behov slik at evnen til å yte sykepleie ikke forringes (ICN, 2011).

Sykepleieren er bevisst på sin rolle som sykepleier, at samfunnet forventer og krever at sykepleiere skal fremtre som forkjempere av helsefremmende arbeid, og at det å velge bort influensavaksine er i direkte konflikt med dette. Om sykepleieren selv blir syk av influensa, er det i konflikt med nevnte punkt 2; ivareta helsemessige behov slik at evnen til å yte sykepleie ikke forringes da dette unngås ved å ta influensavaksine. En annen sykepleier sier at det for sin del ikke er aktuelt å snakke om temaet med kollegaer og heller bruker nettet som kilde til informasjon:

I3L355: «Nei, jeg har lest det. Jeg leser mest på nett jeg altså, absolutt. Nei, ikke noe sånn.. Nei, jeg har ikke snakket med noen kolleger, det har jeg egentlig ikke. Det er ikke aktuelt. Kanskje litt da, men ikke noe mer enn det. Men jeg leser heller på nettet. Hvis jeg finner informasjon om det».

En annen sykepleier forteller at det oppleves som press på arbeidsplassen og velger da å være taus om sitt eget vaksinevalg:

I7L1080: «Jeg får jo dårlig samvittighet da, så i år så tenkte jeg.. I år var jeg nesten på vei til å ta den – jeg tenkte: ja ja. Jeg kan jo bare ta den, men jeg gjorde ikke det likevel. Jeg sier jo ikke – jeg snakker jo ikke høyt om det».

Sykepleieren beskriver en unngåelsesadferd for å unngå debatt og diskusjon rundt sitt eget standpunkt til influensavaksine. Sykepleieren snakker om en ambivalens her; vet ikke helt om h*n skal ta vaksinen eller ikke. Denne sykepleieren hadde ikke tatt influensavaksine i de foregående influensasesongene og har dårlig samvittighet for det. Videre snakker sykepleieren om et sosialt lukket, digitalt medium på arbeidsplassen der influensavaksinen promoteres med premie til den avdelingen som hadde høyest influensavaksinedekning blant ansatte:

I7L1089: «..Her på huset fikk vi en påminnelse på workplace om at en måtte vaksinere seg, og at på den og den avdelingen der det var høyest vaksinedekning skulle de få premie».

Videre forteller sykepleieren om hvordan slik promotering av influensavaksinen virker mot sin hensikt:

I7L1093: «Ja, og da ble jeg litt sånn – det virket mot sin hensikt da. Ja, på meg i hvert fall».

Sykepleieren forteller altså først om dårlig samvittighet ved å ikke ha tatt influensavaksine i foregående år, og at i år så vurderte h*n å ta den – hvorpå en overordnet promotering av influensavaksinen på arbeidsplassen igjen oppleves å ha motsatt effekt. Jeg tolker det som at sykepleieren opplever dette som press, og responderer på det opplevde presset ved å ta avstand fra både promoteringen og selve influensavaksinen.

4.3.2 Stigmatisering og isolasjon

Flere av sykepleierne snakker om stigmatisering og isolasjon; én sykepleier forteller at en ikke kan venne kroppen til å tåle for mye (ved å ta vaksiner), fordi immunforsvaret over tid vil bli svekket – som igjen fører til isolasjon fordi kroppen plutselig ikke tåler en bakterie eller et virus og at man da ikke kan forlate hjemmet sitt. I tillegg til dette er det bivirkninger forteller sykepleieren:

I1L71: «Det er usikker om mye sånn der (influensavaksinen) – det er bestandig omtaler i media og alt det der, at de ikke vet bivirkningene, mange blir veldig dårlig, og ja. Også det her med – det er jeg veldig for: det her med at man skal ikke venne kroppen med for mye, at man skal tåle alt. Plutselig blir man isolert, for da takler man jo ikke en bakterie, eller virus...».

Her opplever sykepleieren usikkerhet rundt selve influensavaksinen, at det oppleves som at mange som får bivirkninger og frykt for å svekke immunforsvaret i det lange løp. Videre tolker jeg at sykepleieren bruker media som en kilde til informasjon og at denne informasjonen er en bidragsfaktor i kunnskapsgrunnet til sykepleieren.

En annen sykepleier bruker ordet «outsider», jeg tolker i denne sammenhengen at sykepleieren her snakker om stigmatisering og det å føle seg utenfor et fellesskap på arbeidsplassen:

I3L319: «..Og det blir sånn at det, du føler deg på en måte når du jobber i helsevesenet, så føler du deg som en outsider fordi du ikke tar vaksine..».

Videre forteller sykepleieren om merkelapper/stempel om å være en uansvarlig sykepleier som ikke tenker på pasienten ved å si nei til influensavaksinen. Sykepleieren bruker begrepene «true» og «totalt uansvarlig» i sin beskrivelse av dette:

I3L368: «..Også er det det her med at du er totalt uansvarlig hvis du ikke tar det da. Og du tenker ikke på pasientene dine, og alt det her og. Eh, men allikevel synes jeg ikke at man skal true, altså, man må velge selv. Ut fra det underlaget man tenker at man har. Så det her med at du, med vilje og viten og vilje, utsetter pasienten til å få mulige infeksjoner, det tror jeg ikke noe på..».

Sykepleieren sier at ingen sykepleiere med vilje og viten vil utsette en pasient for infeksjonsfare ved at sykepleieren selv ikke har tatt influensavaksine. Sykepleieren forteller altså at det å ikke vaksinere seg ikke er det samme som å utsette pasienter for smittefare. Videre sier sykepleieren at sykepleiere ikke skal trues til å ta influensavaksinen – det skal være noe man velger selv.

4.3.3 Valg, frivillighet og tvang/påbud

Flere av sykepleierne forteller at de opplever press i forhold til det å ta influensavaksinen. Dette presenterte seg blant annet som belønning og premiering. Noen av sykepleierne fortalte:

I1L40: «..Ja at det blir litt sånn obligatorisk, også begynner noen å ta også blir det litt sånn, «ja, nå har nesten alle tatt, skal ikke du og bare ta?» Og da blir det litt sånn der, plutselig var det obligatorisk at du skal ta vaksinen uten at man var.. OG da ser du jo det er jo folk som ikke har lest seg opp på vaksinen, de har ikke tenkt. Det tar den bare for å ha tatt den, så får de liksom en stjerne i boka for det. Ja..»

I3L456: «..Altså, nå har vi fått inn for i år, så nå må alle forte seg ned (til vaksinstasjonen)..»

Disse to sitatene viser til sosialt press på arbeidsplassen om å ta influensavaksinen, den oppleves obligatorisk uten at det er et påbud om at sykepleierne skal ta influensavaksinen.

I4L608: «Ikke ved svineinfluensaen, for da var det jo.. hvis det er snakk om press, og ikke press så var det i alle fall press om at den skulle alle bare ta. Så der var det liksom

ikke noe spørsmål. Det var ikke tvang, men i hvert fall ikke i fysisk form, men ok, den skal dere ta».

I5L834: «Nei, altså det er jo konkurranse, så det er jo press da, men jeg lar meg ikke presse»

Sykepleieren opplever at de som tar vaksinen gjør det uten å være tilstrekkelig opplyst vedrørende vaksinen, og at de blir premiert for å ta den likevel – fordi alle andre gjør det. Litt senere i det samme intervjuet forteller sykepleieren at noen tar vaksinen fordi du forebygger sykdom hos deg selv og for pasientenes del:

I1L112: «...Jeg tenker jo, men jeg tenker og at, jeg vil ikke si at de andre er noe smartere som tar fordi at dem – veldig mange har jo og da ikke lest seg opp og ikke satt seg inn i det da De tar det fordi blir litt sånn «ja, ta det også er du aldri syk og, ja, og liksom bra for pasientene sin del – og så tar det. Ja..».

Sykepleieren mener at argumentene for å ta influensavaksinen for å forebygge sykdom hos seg selv ikke er valide argumenter kontra det å lese seg opp på bivirkninger og relatert forskning, noe sykepleieren mener i for liten grad blir gjort av de som velger å vaksinere seg. Sykepleieren mener altså her at argumentene som sier at du beskytter pasienten og din egen kropp alene ikke er gode nok grunner til å ta influensavaksine.

En annen sykepleier sier noe om det samme, men at det må reflekteres rundt valget. Det må være en reflektert avgjørelse om å ta influensavaksinen, som skiller seg fra å ta den fordi massene gjør det:

I2L242: «Jeg tenker uansett om du tar influensavaksine, eller ikke tar det, så skal du i hvert fall gjøre en reflektert grunn for at du ikke tar, eller at du tar. Det skal ikke bare være for at du skal ta fordi du skal følge massene, eller det er det folk sier at du skal gjøre, selv om du tar vaksinen tenker jeg da, så synes jeg du burde vite hvorfor du gjør det».

Sykepleieren legger her vekt på at man må vite hvorfor man tar vaksinen, og at det må være en reflektert avgjørelse som ikke er basert på hva alle andre velger å gjøre. Dette handler om bevissthet rundt kunnskap og at denne kunnskapen skal være med på å danne grunnlag for en selvstendig og autonom avgjørelse vedrørende influensavaksinen.

Fra et annet intervju forteller sykepleieren at den enkelte sykepleier må få lov til å bestemme selv – uavhengig av om man jobber i helsevesenet. Jeg tolker at deltakeren her snakker om autonomi, selvbestemmelsesrett:

I3L335: «..For man må jo kunne – altså, man må jo også kunne – selv om man jobber i helsevesenet, må man jo kunne få lov til å bestemme over hva man vil velge å gjøre, ikke sant».

Den samme sykepleieren forteller videre at det er en generell oppfatning at alle må ta vaksinen, uten å vite hvorfor. Og tar du ikke vaksinen så er du til fare for pasienten:

I3L425: «..Det er bare at alle har en sånn oppfatning at «alle må ta». Og det er en stakkar som sier at «nei», så kommer de ikke med hvorfor du må ta. Altså, jo da – du er en fare for pasienter, er du en fare for..».

Sykepleieren mener det råder en oppfatning om at alle må ta vaksinen, uten at dette er begrunnet fra myndighetene sin side utover at du er en fare for pasientene dersom du som helsepersonell ikke er vaksinert. Samme sykepleier forteller videre påbud og hvordan det kan se ut:

I3L449: «..Og hvis man da – absolutt hvis det blir påkrevd av helsevesenet: folk som jobber i helsevesenet burde tatt det; så burde det vært sånn: oppsigelsesgrunn hvis du ikke tar det. Hvis det er så ille. Får de innføre det. Da kan det hende flere tar det, men jeg kommer ikke til å ta det. Du har et valg her, men det høres nesten ut som du ikke har et valg [...] ikke bare at du må. Heller enn at nå er det ledig på kontoret. Altså, nå har vi fått inn for i år, så nå må alle forte seg ned. Ja, det må de. Ja, så det blir litt.. jeg vet ikke jeg. Jeg får ikke lyst til å ta det i det hele tatt..».

Sykepleieren mener her at det er en mulighet for at flere takker ja til influensavaksinen ved eventuelle krav om dette for den ansatte, selv om det skulle innebære en oppsigelse dersom man velger vekk influensavaksinen – men her tolker jeg at sykepleieren er sikker i sin sak, og vil velge å miste jobben fremfor å ta influensavaksinen. Videre tolker jeg at sykepleieren opplever denne formen for press som tvang, og at presset i seg selv øker motstanden, eller skepsisen mot influensavaksinen som mot sin hensikt. Sykepleieren blir senere i intervjuet kraftigere i ordlaget rundt mangelen på informasjon:

I3L489: «...Ja, kan du pålegge folk å ta noe sånt, uten å ha dokumentert hvor viktig det er. Det kan du jo nesten ikke, du bør ha noe mer å slå i bordet med altså. Det er jo overgrep det. Altså, da kan det bli voldsomt. Det er totalt uansvarlig..».

Sykepleieren sikter her til at det er overgrep fra myndighetenes side det å innføre påbud uten at det foreligger empiri som viser at færre blir alvorlig syke dersom sykepleiere vaksinerer seg, og som kan forsvare påbudet. Dette mener sykepleieren således er uansvarlig av myndighetene.

En annen sykepleier forteller det samme i sitt intervju, om en kollektiv oppfatning om at alle må ta vaksinen. Denne deltakeren legger også vekt på noe de opplever som manglende opplysning rundt blant annet bivirkninger:

I4L580: «Nei, det var jo da svineinfluensa, da skulle jo alle bare ta. Det var jo ikke noe særlig informasjon om bivirkninger og sånne ting. Ok, ting kan jo ha bivirkninger, men alle skulle jo bare ta den».

Sykepleieren forteller om potensielle bivirkninger generelt, og sikter til influensapandemien i '09 der det forelå begrenset med informasjon, og at denne vaksinen skulle man bare ta til tross for.

Etter å ha analysert dataene fra intervjuene og kategorisert funnene, undrer jeg meg over at sykepleierne hadde mer fokus på indre prosesser enn på ytre; slik som å beskytte pasienter for smitte – selv ved direkte spørsmål om dette. Drøfting av dette kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

5 DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg hovedkategoriene som utgangspunkt for å drøfte sykepleiernes erfaringer og opplevelser rundt vaksineskepsis. Kategoriene og undergruppene vil kunne ha sammenheng selv om de ikke nødvendigvis er plassert i samme hovedkategori eller undergruppe. Dette er tredjegradsanalyse der sykepleiernes refleksjoner drøftes mot litteratur som igjen åpner opp for nye problemstillinger som bør undersøkes nærmere. Hvordan sykepleierne reflekterer og begrunner sitt vaksinevalg drøftes mot litteratur og forskning. Dilemmaer som presenterer seg for disse sykepleierne, drøftes og belyses mot litteratur og lovverk, samt etikk.

5.1 Erfaringer

I denne hovedkategorien drøfter jeg disse undergruppene: «Selv-ivaretakelse», «Kropp og samfunn» og til slutt «Sykepleierrollen».

5.1.1 Selv-ivaretakelse

Sykepleierne i studien forteller om nære familiemedlemmer som har fått alvorlige bivirkninger i tillegg til seg selv og referer til influensapandemien i 2009 som blant annet ga narkolepsi som bivirkning. En annen sykepleier forteller at det skapte angst i befolkningen; de var vettskremte for å forlate hjemmene sine dersom de ikke var vaksinert. En sykepleier forteller at de som manglet vaksine, var isolerte og ikke fikk komme på legevakten for å motta medisinsk behandling. Bivirkninger som opphav til angst etter pandemien i 2009, pekes på av Taha et al. (2014) i sin studie der de fant at graden av stress påvirker angst, og denne angsten vil kunne påvirke fremtidige vaksinasjonsråd ved pandemiutbrudd. Sykepleierne trekker også inn bivirkninger fra andre vaksiner, én sykepleier fortalte om Eppstein-Barr virus og ME som bivirkninger etter HPV-vaksine og siktet til at dette har blitt påvist i ettertid. Videre sier den samme sykepleieren at vaksiner som dette (HPV og influensavaksine) er spekulative vaksiner. De intervjuede sykepleierne forteller om sterke opplevelser, og informasjonen som går ut til populasjonen som helhet vil muligens ikke treffe disse individene på en tilstrekkelig god måte. Sykepleierne knytter her sammen tidligere sykdomsutbrudd i populasjonen sammen med bivirkninger fra vaksiner, og emosjonelle konsekvenser i form av angst og manglende tiltro til

vaksiner. Det er altså flere faktorer som sammen bidrar til vaksineskepsisen – slik som Kleinman (1981, gjengitt i Ingstad, 2007) og Merleau-Ponty (1962, gjengitt i Thoresen et al., 2020) forklarer med forgrunn/bakgrunn, og de forskjellige sektorene i helseomsorgsmodellen viser at valg foretas på bakgrunn av mange variabler. Sykepleierne anser det som å ivareta egen helse ved å avstå fra vaksiner på dette kunnskapsgrunnlaget, og tidligere erfaringer knyttet til sykdom og helse både i privatrollen og som sykepleier, i tillegg til hva som skjer rundt i samfunnet før og nå, er en del av dette – akkurat som sykepleierne her beskriver. Dette reiser spørsmål om informasjonsoverlevering til populasjonen kan formidles på en annen måte for å forebygge angst og stress, slik at det ikke skapes unødige negative assosiasjoner ved fremtidige utbrudd, for slik å kunne bidra til at flere velger å ta influensavaksine. Empowerment, som legger vekt på brukermedvirkning som beskrevet av Tveiten (2007) og Mæland (2016), mangler kanskje en tydeligere og mer synlig rolle slik at sykepleiernes opplevelser og følelser knyttet til vaksinespørsmål og deres skepsis, blir adressert som del av informasjonsformidlingen.

5.1.2 Beslutninger og valg gjennom generasjoner

En av sykepleierne fortalte om moren sin som hadde tatt henne med til utlandet og mottatt behandling (komplementærmedisin) der. Sykepleieren beskriver det som at helbrederen knipset i fingrene, så var hun i stand til å gå igjen. Sykepleieren har stor tillit til denne typen behandling, og tillit til sin mor som tok henne med utenlands, og sørget for at hun (sykepleieren) mottok behandling hun hadde bruk for, og som vestlig medisin ikke var i stand til å gjøre noe med. Denne kunnskapen har altså gått i arv fra en generasjon til den neste, der begge bor og lever i Norge; et vestligmedisinsk land med tilnærmet ubegrensede ressurser.

Generasjonsskifte handler dog om mer enn å overlevere kunnskapen sin til neste generasjon. Det handler også om hva som preger samfunnet til enhver tid. For eksempel er noen smittsomme sykdommer som det finnes behandling mot nesten utryddet i Norge i dag – men de var ikke det for 2 generasjoner eller flere siden. Dagens generasjon husker ikke de høye dødstallene, og fikk kjenne på kroppen hvordan det var å miste venner, familie og kollegaer under Spanskesyken som herjet i mellomkrigstiden 1918 – 1919 (Folkehelseinstituttet, 2018a). Spanskesyken krevde inntil 40 millioner liv globalt, og selv uten internett og påvirkning fra alle kanter slik vi har det i dag, kan det tenkes at dette ikke var en ubetydelig hendelse den gangen. Var det annerledes å

håndtere hendelser som dette den gang, var det like mye snakk om dette i det offentlig rom? Delte folk slike hendelser med andre i nettverket sitt, med familie, med venner eller kollegaer? I dag deles det over en lav sko i sosiale medier, twitter, blogger og facebook-vegger. Tidsepoker påvirker den generasjonen som til enhver tid lever i den, og når vi kommer til neste generasjon, ett eller to ledd videre, så går denne kunnskapen litt tapt? Glemmes den litt? Jo lenger tid det går, jo fjernere blir «utryddede» smittsomme sykdommer, og det vokser frem grupperinger som ikke lenger ser hensikten med vaksiner og en økende skepsis mot influensavaksinen – og andre vaksiner – vokser seg frem. Plutselig dukker det opp begreper som «antivaksinehovedstad» og det som er viktig, er at det ikke er noen forskjell på om du er lege, sykepleier eller annet helsepersonell; kunnskapen bygger på hvordan den forstås gjennom kropp og natur, og hvordan kulturen og samfunnet påvirker hvert individ – og henger sammen med hva den enkelte er opptatt av til enhver tid. Dette er kulturelle strømninger som får konsekvenser for samfunnstiden du lever i (Folkehelseinstituttet, 2008, 2018a; Ingstad, 2007; Kleinman, 1981; Mæland, 2016; Thoresen et al., 2020).

Tidligere sykdom og redsel for svekkelse av immunforsvaret gir hos noen av sykepleierne skepsis fordi en vaksine endrer på kroppen deres. Tankene deres er at ved å ta en vaksine så blir kroppen syk på sikt. Det er en svekkelse av kroppens forsvar og det motsatte av helsefremmende tiltak og skaper skepsis til vaksine. Vaksinen er noe unaturlig og fremmed som blir injisert i kroppen, og som attpåtil inneholder farlige stoffer og gir bivirkninger. Sykepleierne har tro på en annen tilnærming til helse, de ønsker å forebygge sykdom med en helhetlig tilnæringsmetode som innebærer en sunn livsstil uten bruk av unødvendige legemidler, men heller spise sunt og passe på kroppen på en naturlig måte. Ved å si nei til vaksine med denne begrunnelsen som sykepleiere gjør her, brukes kroppen som et virkemiddel og sier nei, jeg tror ikke på vaksiner og jeg tror ikke på denne metoden som helsefremmende arbeid. Vil det si at kroppen brukes som et politisk virkemiddel, et våpen i sin motstand mot de etablerte vaksinasjonsprogrammene? Men hva med tvetydigheten her da, de ønsker jo at barna sine skal få vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet? De vaksinene er jo så viktige, de må man bare ta. De er trygge. De er gamle. De vaksinene tok foreldrene deres, og det gikk jo bra med de etterpå.

5.1.3 Vaksineskepsis og den eldre pasienten

I et sykepleierrolle-perspektiv er det flere etiske dilemmaer som presenterer seg i materialet; i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne er en av prinsippene ikke-skade (ICN, 2011).

Dersom en sykepleier som ikke har tatt influensavaksine, påfører en pasient influensasmitte, så betyr vel det at ikke-skadeprikket mangler tyngde? Hva er i såfall den bakenforliggende årsaken til dette? Kan det være noe i at det er for lite synliggjort i utdanningsløpet, drøftet og debattert? Er det manglende kunnskap og kompetanse rundt egne faglige retningslinjer, og etikk generelt? Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) legger særlig vekt på at det skal fremmes tillit mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten. Hva skjer med pasientens tillit til helsevesenet dersom pasienten blir smittet av en sykepleier som ikke er influensavaksinert? Videre skal pasientens sosiale trygghet, respekten for liv, integritet og menneskeverd ivaretas.

Helsepersonelloven (1999) har samme ordlyd som Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), men den nevner også begrepet pasientsikkerhet. Det kan jo diskuteres om det bryter med både yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og lovverk, samt allmenn oppfatning av etiske og moralske prinsipper (Helsepersonelloven, 1999; ICN, 2011; Mæland, 2016; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleierne snakker lite om å beskytte pasientene. Sykepleierne i denne studien er mer opptatt av retten til å bestemme selv, og denne retten som individ synes å vekte mer enn yrkesetikken som følger profesjonsutøvelsen. Dersom etterlevelsen av smitteverntiltak som noen av deltakerne peker på, er tilstrekkelig for å unngå å overføre smitte til pasienter kan det tenkes å være en valid argumentasjon. Ut fra refleksjonene som har kommet frem i materialet, synes dog ikke smitteverntiltakenes etterlevelse å være normen. Det kan dermed konkluderes med at deltakerne har et lite bevisst forhold til smittevern, lovverk og yrkesetikk, og et meget bevisst forhold til rettigheter som privatperson i vaksinespørsmål. En av deltakerne i studien sa at hun egentlig ikke burde være sykepleier grunnet sine meninger og holdninger – det vitner om selvinnsikt og en bevissthet rundt disse spørsmålene.

Hvordan reflekterer sykepleierne i utvalget i denne studien rundt dette? Må det begrepsavklares betydningen i lovtekstene? Er det reflektert noe rundt dette av sykepleierne? Eller er det som Merleau-Ponty (1962, gjengitt i Thoresen et al., 2020) påpeker heller snakk om at kroppen er subjekt der refleksjon og kunnskap rundt yrkesetiske retningslinjer og lovverk kommer i bakgrunnen? Uansett er dette en tvetydighet som er interessant, og det virker usannsynlig at disse

lovene vil bli kunne bli brukt mot en sykepleier i en straffesak i rettsvesenet. Det fordrer vel at pasienter mister livet som konsekvens av påført smitte fra helsepersonell, og hvordan skal det kunne bevises uten evidensbasert kunnskap? Pr. nå, i lys av denne argumentasjonen fungerer lovverket heller som holdningsskapende faktorer til etterlevelse, og det kan stilles spørsmålstegn ved at sykepleierne sier at *det å ikke ta influensavaksine, ikke er det samme som å utsette pasientene for fare.*

5.2 Vurderinger og valg i vaksinespørsmål

De følgende undergruppene er svært sammenvevet, og én gruppe kan ikke drøftes alene, men må sees i sammenheng med de andre og omhandler trygge vaksiner, skepsis til legemiddelindustrien og måten informasjonsformidling rundt vaksiner foregår.

5.2.1 Trygge vaksiner

Historiske hendelser som Wakefieldskandalen og influensavaksineskandalen i 2009 er viktige faktorer for de intervjuede sykepleierne, som bidrar til svekket tillit og tiltro til vaksinene i seg selv, og alle former for informasjon enten det er sosiale medier eller plakater og holdningskampanjer på arbeidsplassen. Det fremkommer derimot tydelig i materialet at andre veletablerte vaksiner som har vært tilgjengelig for populasjonen i flere tiår vurderes som en nødvendighet, som barnevaksinasjonsprogrammet og reisevaksiner. Dette viser at sykepleierne har et ikke-rigid forhold til vaksiner, men det gjøres individuelle vurderinger til hver vaksine, enten det er influensa eller f.eks. HPV. Muligens kan tilgangen på informasjon rundt vaksiner fra foregående generasjoner kan ha en medvirkende effekt her, sammen med at tiltroen til disse vaksinene har gått i arv. Dette kunne vært interessant å undersøke nærmere i dybdeintervjuer hvordan denne typen kunnskap går i arv i tråd med helseomsorgsmodellen til Kleinman (1981, gjengitt i Ingstad, 2007), og i hvor stor grad den nedarvede kunnskapen spiller en rolle.

5.2.2 Skepsis til legemiddelindustrien

I analyse materialet kommer det frem en mistillit til legemiddelprodusentene som lager influensavaksinen. Sykepleierne forteller at økonomi og inntjening har for stor betydning i legemiddelindustrien, og for lite faglig fokus. Sykepleierne forteller at de mener det er et kunstig skapt markedsbehov for visse legemidler, og at media har en rolle i dette gjennom å vise reklame

fra apotek som «pusher» disse. Det blir også pekt på i materialet at prissetting av legemidler blir satt til et nivå der mennesker ikke har betalingsevne og dør som følge av manglende tilgang. Det er et gjentakende argument i materialet der det etterlyses en kopling mellom empiriske data og behovet for influensavaksinen, og denne koplingen er adressert til legemiddelindustrien.

Usikkerhet og ambivalens knyttet til influensa og pandemiske utbrudd (Taha et al., 2013, 2014) kan muligens reduseres dersom legemiddelindustrien formidler dette på en slik måte at tilliten til vaksineprodusentene får en bredere forankring i populasjonen.

5.2.3 Informasjonsformidling

Kim et al. (2019) viser at det er færre som ønsker å ta influensavaksine dersom det opplyses om risiko i tillegg til fordelene. Dette står i kontrast til de intervjuede sykepleierne som bruker mangel på/manglende tilgang til informasjon rundt fordeler og ulemper som et argument for å avstå fra influensavaksinen. Larson og Heymann (2010) hevder at transparens rundt virale sykdommer er kritisk for å etablere *tillit* til media og helsemyndigheten, og Jones et al. (2010) viser at *mistillit* til media og helsemyndigheter *øker* når det foreligger motstridene eller manglende informasjon. Felles for studiene er at de peker på hvordan informasjonsoverleveringen blir utført, men det kan se ut som om det er tvetydige funn mellom studiene. Kim et al. (2019) fant ingen signifikant korrelasjon mellom ambivalens og den tilpassede informasjonsformidlingen (med og uten opplysning om risiko tilknyttet vaksinen), derfor kan det tenkes at ambivalens vedrørende risikoopplysning og å ta influensavaksine alene ikke kan forklare vaksineskepsis. Videre viser studien at deltakerne som kun fikk opplyst fordelene ved influensavaksinen anså vaksinen å være mer effektiv. Dette betyr altså at tilliten til vaksinen er høyere dersom risiko ikke er en del av informasjonsbildet. Oppsummert sier studien til Kim et al. (2019) at flere tar vaksine dersom informasjonsgiverne *ikke* opplyser om risiko, og studiene til Larson og Heymann (2010) og Jones et al. (2010) viser derimot at tillit til informasjonsgivere *øker* ved transparens. Dette kan tyde på at det er flere forklaringsvariabler som gir utslag og som ikke i tilstrekkelig grad kommer frem eller blir belyst, som er i tråd med forklaringsmodellen til Kleinman (1981, gjengitt i Ingstad, 2007) der beslutninger tas i den private sektoren, men beslutningsgrunnlaget kommer fra enkeltsektorene og i de overlappende områdene (Figur- 1).

Media er en faktor der kunnskap hentes fra, og det ikke utelukkes at årsspenntet det siste tiåret har medført signifikante endringer i menneskers generelle tillit til media og helsemyndigheter. Fake news (Wikipedia, 2021) har nok en mer fremtredende posisjon i media i dag enn tidligere og det er ikke utenkelig at også sykepleiere og annet helsepersonell påvirkes av dette. I 2004 ble studien til Wakefield (1998) som koplet autisme til MMR-vaksine avslørt som falsifisert, men det flere av sykepleierne i denne studien husker er den falske koplingen til autisme. At studien senere ble avslørt og siden redaktert i sin helhet i The Lancet i 2009 er ikke like kjent, og dette kan nok overføres til den øvrige populasjonen. Det kan tenkes at mediedekning rundt avsløringen ikke har fått like stor plass i media som studien en gang fikk ved publisering, og at dette er med på å bidra til hva sykepleierne husker. Det kan tenkes at det er viktig for informasjonsgiverne å være klar over dette, og eventuelt ta høyde for at slike misoppfatninger eksisterer hos sykepleierne. I datamaterialet kommer det frem at noen av sykepleierne ikke opplever at det er tilgang til informasjon på arbeidsplassen, og at de bevisst unngår å finne slik informasjon i media fordi den er fremstilt på en måte som ikke oppleves som nøytral.

Jacobson Vann et al. (2018) så på informasjonsformidling i primærhelsetjenesten i U.S.A. via andre kanaler enn media og fant at vaksinasjonsdekningen sannsynligvis vil kunne ha en effekt av gjentakende pasientoppsøkende tiltak. Dette viser at flere mennesker kan nås ved slike målrettede tiltak, men det krever mer ressurser fra primærhelsetjenesten å gjennomføre. Det er kanskje ikke direkte overførbart til sykepleierne da de jobber i primærhelsetjenesten. Men som helseomsorgsmodellen til Kleinman (1981, gjengitt i Ingstad, 2007) viser, er helsepersonell også privatpersoner, og det er ikke utenkelig at denne formen for informasjonsflyt og oppfølging kan ha en effekt hos de. Merleau-Ponty (1962, gjengitt i Thoresen et al., 2020) som beskriver embodiment og hva som er i forgrunnen, og hva som er i bakgrunnen er vel noe som har betydning for sykepleierne med og uten uniform på seg, og om de er hjemme eller på arbeidsplassen?

5.3 Vurderinger og handling på jobb

Valg og medfølgende dilemma rundt valget om å si nei til influensavaksine på arbeidsplassen drøftes her. Erfaringene sykepleierne har gjort seg, retter lys mot funn som jeg ikke har funnet i forskningsartiklene, men jeg drøfter det i lys av valgt litteratur.

5.3.1 Stille handling

Sykepleierne som deltok i denne studien, forteller om hvordan de bruker taushet rundt sin egen vaksineskepsis på arbeidsplassen. På én side opplevdes sykepleierne som veldig tydelig og klare i sin argumentasjon rundt selvbestemmelse og autonomi under intervjuene; samtidig velger de å unngå å gå i dialog med kollegaer på arbeidsplassen fordi de opplever stigmatisering, og å ha dårlig samvittighet for ikke å ha tatt influensavaksine. Sykepleierne opplever da at valgfriheten de argumenterer med, ikke kommer uten konsekvenser. La oss nå si at sykepleierne er dyktige på smittevern, og vet med seg selv at smittevernkunnskapen de har og utøver, ikke er til risiko for å utsette seg selv eller nærkontakter (pasienter, kollegaer m.m) for å bli smittet. Det oppleves da ikke som valgfrihet for disse sykepleierne, men som et dilemma og det medfører en taushet for å unngå ubehagelige opplevelser knyttet til dette, og tausheten i seg selv blir da brukt som et instrument. Når Merleau-Ponty (1962, gjengitt i Thoresen et al., 2020) sier at kroppen er stadig skifter mellom å være subjekt og objekt, gir det en god beskrivelse av denne prosessen, og også Kleinman (1981, gjengitt i Ingstad, 2007) forklarer hvordan kulturen påvirker alle valg og handlinger.

5.3.2 Utenfor i egne omgivelser

Et av funnene i analysematerialet er opplevd stigmatisering hos sykepleierne; én sykepleier fortalte at ingen sykepleiere med viten og vilje utsetter en pasient for infeksjonsfare fordi de ikke tar hensyn til pasienten ved å avstå fra vaksine. Sykepleierne kjenner seg ikke igjen i slike beskrivelser, og opplever det som å være «outsidere» dersom de ikke er vaksinert. Hva gjør dette med trivsel i arbeidsmiljøet? Vil slike opplevelser og følelser rundt stigmatisering påvirke eget bidrag i arbeidsmiljøet, utover tausheten de bevisst bruker som beskrevet over? Refleksjon rundt dette hos sykepleierne kommer ikke frem i materialet, det fremstår mer som om det er to uavhengige problemstillinger som ikke sees i sammenheng, slik Merleau-Ponty (1962, gjengitt i Thoresen et al., 2020) påpeker da han beskriver at kroppen er subjekt, det er et kroppslig fokus som er i forgrunnen og ikke på ytre omgivelser. Vil ikke dette påvirke både sykepleieren selv og arbeidsmiljøet? I såfall bryter det med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at de skal ivareta egen helse for å ikke forringe evnen til å yte sykepleie, og står i dilemma med selvbestemmelsesretten som individ i det som Mæland påpeker; at man kan gjøre som man vil, så lenge det ikke går utover andre (ICN, 2011; Mæland, 2016). Videre forteller sykepleierne at

konsekvensen av å ikke være vaksinert, fører til isolasjon ved å være avskåret fra samfunnet, dette er åpenbart et dilemma som opptar sykepleierne. Ved å avstå fra vaksiner (å gjøre som man vil) vil sykepleieren forringe evnen sin til å yte sykepleie dersom hen blir smittet og syk – noe som bryter med de yrkesetiske retningslinjene. Dette betyr muligens at sykepleieren mister retten til å avstå fra vaksiner som privatperson så lenge hen utøver og praktiserer sykepleiefaget.

5.3.3 Obligatorisk, eller ikke?

Forskjellige opplevelser av press til å ta influensavaksinen presenteres av flere sykepleiere. Enten sosialt blant kollegaer, eller fra arbeidsplassen i form av kampanjer, med premiering til avdelinger med flest vaksinerte blant personalet. Også på samfunnsnivå oppleves det press, en av sykepleierne sier at det ikke kan pålegges folk å ta vaksiner, uten at det foreligger dokumentasjon på hvor viktig det er. Sykepleieren brukte ordene «overgrep», «voldsomt» og «totalt uansvarlig» om dette. Det finnes ingen empiri som sier noe om færre pasienter blir alvorlig syke som følge av at helsepersonell tar influensavaksiner i min selvvalgte litteratur, og dette påpekes også av Jan Helge Solbakk i min samtale med ham (J. H. Solbakk, professor i medisinsk etikk, personlig kommunikasjon, 17. september 2019). Det er et gjentakende funn at det etterlyses empiriske data på om færre pasienter blir syke, som følge av at helsepersonell vaksinerer seg mot influensa i denne studien. Smittevernloven (1994) gir riktignok myndighetene muligheter til å sette inn tiltak for å forebygge og hindre overføring av smittsomme sykdommer, der formålet er å verne befolkningen, men er det etisk og moralsk riktig å komme med et slikt pålegg, så lenge dette bryter med sykepleierens opplevelse av selvbestemmelsesrett og autonomi?

Mæland (2016) forklarer at man som individer kan gjøre som de selv vil, så lenge de ikke skader andre. Sykepleierne har i lys av yrkesetiske retningslinjer, plikt til å yte helsetjenester til enkeltmennesket, familier og samfunnet (ICN, 2011). Samfunnet krever, og forventer at sykepleierne vaksinerer seg mot influensa – det oppstår dilemmaer for sykepleierne både profesjonelt og i rollen som privatperson. Sykepleierne ønsker å bestemme selv, men kan de det? Er sykepleierne først og fremst sykepleiere, eller privatpersoner? Gir de avkall på disse rettighetene som individer, da de får utlevert sin offisielle autorisasjon som sykepleier? Veksler rollen som sykepleier, og rollen som privatperson, mellom å være i forgrunnen og bakgrunnen slik Merleau-Ponty (1962, gjengitt i Thoresen et al., 2020) beskriver? Konsekvensetikk legger til

orde for at hensynet til flertallet går foran hensynet til individet (Mæland, 2016), men er hensynet til flertallet et valid argument da det er et kunnskapshull som bør undersøkes nærmere? Selv om det er etisk riktig å ta hensyn til flertallet, er det i dette tilfellet ikke sikkert det er moralsk riktig overfor sykepleierne som ønsker å bestemme over egen kropp. Med hensyn til flertallet menes her å ta influensavaksinen for å beskytte menneskene rundt seg mot smittsom sykdom, og med moral menes sykepleiernes rolle som privatperson og retten til å bestemme over egen kropp.

6 KONKLUSJON

Sykepleierne i denne studien har et eklektisk forhold til vaksiner som er så sammensatt og komplekst at det åpner opp for å ha mer fokus på brukermedvirkning og empowerment. Ved å veilede sykepleiere i dialog, kan det tenkes at det er mulig å få til enda bedre vaksinasjonsdekning - ikke bare i kommunehelsetjenesten i Oslo, men på alle arbeidsplasser der sykepleiere får tilbud om å ta influensavaksine. I og med at vaksinasjonsapparatet allerede er på plass, vil det ikke kreve nevneverdig mer ressurser og tidsbruk enn hva som er tilfelle i dag. Veiledning kan gjøres over tid, i uformelle samtaler slik at informasjonsoverleveringen ikke oppleves som noe som kommer ovenfra og ned. Brukermedvirkning handler jo nettopp om dette, om å involvere og legge til rette for at det blir gjort kloke valg rundt egen helse. Med kloke valg og beslutninger rundt egen helse, vil det også ha en effekt på folkehelsen ved økt flokkimmunitet.

Flokkimmunitet i populasjonen er med forbehold om at godt over 90 prosent av befolkningen er vaksinert mot influensa. I skrivende stund befinner hele jordkloden seg i en pågående coronapandemi som har ført til drastiske endringer i samfunnets og individers hverdag, og med dette sykepleierne. En kan lure på om sykepleierne i denne studien kan ha endret standpunkt til influensavaksinen i løpet av coronapandemien, og om noen av de har fått tilbud om, og takket ja til influensavaksine eller coronavaksine – eller kanskje begge deler? På egen arbeidsplass har det foregått et langsiktig arbeid med fremsnakk av influensavaksinen i en mye større skala etter covidutbruddet i Norge, sammenliknet med tidligere år. Jeg har selv hatt dialog med en sykepleierkollega som tidligere ikke har tatt influensavaksinen, men som nå har ombestemt seg, og tatt både influensavaksine og coronavaksine. Sykepleierkollegaen fortalte at fremsnakk på arbeidsplassen mellom kollegaer var en bidragsfaktor til dette, sammen med hensynet til den nærmeste familien som det viktigste for seg.

Det er mulig veiledning som helsefremmende arbeid kan gjøres på andre arenaer enn i allerede etablerte vaksineapparater på arbeidsplassene til sykepleierne. Det melder i så fall om behov for endring i hvordan deler av folkehelsearbeid gjøres i dag, i det offentlige rom gjennom media,

med redusert innflytelse av fake news. Deler av dette arbeidet må muligens flyttes over på andre plattformer, og det må i tilfelle gjøres studier og videre forskning på dette. Kanskje noe har endret seg med covidutbruddet; mer sittestilling i hjemmene som følge av pålagt hjemmekontor, økt kunnskap om smittevern i populasjonen og langvarig mediefokus. Det er store samfunnsmessige endringer, som samfunnet ikke vil se effekten av på mange år.

Dilemmaer som de intervjuede sykepleierne opplever i sin vaksineskepsis, bør det gjøres videre studier på. Dersom det hadde eksistert et påbud om å ta influensavaksine for utvalget i studien, ville det å være *den tause outsideren* blant kollegaer ikke lenger være et dilemma for den enkelte sykepleier – dette er dog et spørsmål som må avgjøres politisk.

LITTERATURLISTE

- Andersen, I. (2009). - 35 rapporter om alvorlige bivirkninger av vaksinen. *VG.no*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Wnwwr/35-rapporter-om-alvorlige-bivirkninger-av-vaksinen>
- Auslander, B. A., Meers, J. M., Short, M. B., Zimet, G. D. & Rosenthal, S. L. (2019). A qualitative analysis of the vaccine intention–behaviour relationship: parents’ descriptions of their intentions, decision-making behaviour and planning processes towards HPV vaccination. *Psychology & Health*, 34(3), 271-288. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1523408>
- Barth-Heverdahl, L. (2014). 73 millioner i vaksine-erstatning. *TV2.no*. Hentet fra <https://www.tv2.no/a/5232487/>
- Brinchmann, B. S. (2021a). De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brinchmann, B. S. (2021b). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 114-129). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brinchmann, B. S. (2021c). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 55-66). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2021d). *Etikk i sykepleien* (5. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47. <https://doi.org/10.1525/eth.1990.18.1.02a00010>
- Dubé, E., Vivion, M., Sauvageau, C., Gagneur, A., Gagnon, R. & Guay, M. (2016). "Nature Does Things Well, Why Should We Interfere?": Vaccine Hesitancy Among Mothers. *Qual Health Res*, 26(3), 411-425. <https://doi.org/10.1177/1049732315573207>
- Dønvold-Myhre, L. & Jibril, G. O. (2019, 20.03.2019). Frykter flere kan være utsatt for meslingsmitte. Hentet 01.06.2019 fra <https://www.nrk.no/ostlandssendingen/frykter-flere-kan-vaere-utsatt-for-meslingsmitte-1.14479426>
- Eide, C. & Haaland, J. D. (2015, 28.02.2015). Nesodden er Norges anti-vaksinehovedstad. *TV2.no*. Hentet fra <https://www.tv2.no/a/6628513>
- Eriksen, N. (2019, 10.03.2019). Vaksinerer fem ansatte ved Legevakta etter meslingsmitte. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/nyheter/vaksinerer-fem-ansatte-ved-legevakta-etter-meslingsmitte/70888989>
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Folkehelseinstituttet. (2008). Immunitet og hvordan vaksiner virker. Hentet 31.05.2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/immunitet-og-hvordan-vaksiner-virker/>
- Folkehelseinstituttet. (2018a, 2018). Fakta om influensa. Hentet 08.10.2020 fra <https://www.fhi.no/sv/influensa/sesonginfluensa/rad-om-influensa/influensa---faktaark/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b, 25. april 2020). Vaksinasjon av personer 65 år og eldre. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon-i-ulike-livsfaser/vaksinasjon-av-personer-65-ar-og-eldre/>

- Folkehelseinstituttet. (2019a). Kapittel om yrkesvaksinasjon i Vaksinasjonsveilederen er oppdatert. Hentet fra <https://www.fhi.no/meldinger/kapittel-om-yrkesvaksinasjon-i-vaksinasjonsveilederen-er-oppdateret/>
- Folkehelseinstituttet. (2019b). Statistikk for barnevaksinasjon. Hentet 02.06.2019 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/sysvak/barnevaksinasjon---statistikk/>
- Folkehelseinstituttet. (2019c). Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell (Vaksinasjonsboka). Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelselova>
- Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). Hentet 08.06.2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikkloven>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hentet 02.06.2019 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584?q=forebyggende%20og%20helsefre>
- Gesser-Edelsburg, A., Walter, N. & Green, M. S. (2014). Health care workers--part of the system or part of the public? Ambivalent risk perception in health care workers. *Am J Infect Control*, 42(8), 829-833. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.04.012>
- Hansen, C. (2017). Skjelvende fortellinger. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 28(3-04), 199-217. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2017-03-04-04>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet 08.06.2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- ICN. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler* ([Rev. utg.]. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Ingstad, B. (2007). *Medisinsk antropologi: En innføring*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobson Vann, J. C., Jacobson, R. M., Coyne-Beasley, T., Asafu-Adjei, J. K. & Szilagyi, P. G. (2018). Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003941.pub3>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Jones, S. C., Waters, L., Holland, O., Bevins, J. & Iverson, D. (2010). Developing pandemic communication strategies: Preparation without panic. *Journal of Business Research*, 63(2), 126-132. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.02.009>
- Kemm, J. (2015). Health promotion: Ideology, discipline, and specialism. *Health Promotion International*, 230.
- Kim, S., Pjesivac, I. & Jin, Y. (2019). Effects of Message Framing on Influenza Vaccination: Understanding the Role of Risk Disclosure, Perceived Vaccine Efficacy, and Felt Ambivalence. *Health Commun*, 34(1), 21-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/smi.2505>
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press.

- Larson, H. J. & Heymann, D. L. (2010). Public health response to influenza A(H1N1) as an opportunity to build public trust. *JAMA*, 303(3), 271-272.
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.2023>. PMID: 20085957
- Lien, M. (2019). Rekordmange smittet av meslinger i Europa. *Norsk HelseInformatikk*. Hentet fra https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/rekordmange-smittet-av-meslinger-i-europa/?utm_source=NHI.no&utm_campaign=84f48a3992-EMAIL_CAMPAIGN_2019_02_05_07_25_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_bfe3cab5f1-84f48a3992-49139983
- Lien, M. S. (2019, 18.03.2019). Meslingtilfelle påvist i Oslo – flere kan være smittet. Hentet 01.06.2019 fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/WLQBOg/meslingtilfelle-paavist-i-oslo-flere-kan-vaere-smittet>
- Malt, U. (2019, 09.10.2019). Ambivalens. I Store medisinske leksikon. Hentet 30.10.2019 fra <https://sml.snl.no/ambivalens>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Moser, A., Mabire, C., Hugli, O., Dorribo, V., Zanetti, G., Lazor-Blanchet, C. & Carron, P. N. (2016). Vaccination Against Seasonal or Pandemic Influenza in Emergency Medical Services. *Prehosp Disaster Med*, 31(2), 155-162.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1049023X16000121>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordbø, B. (2019, 8.jan.2019). Ambivalent. I Store norske leksikon. Hentet 30.okt.2019 fra <https://snl.no/ambivalent>
- Norsk Sykepleierforbund. (1983, 2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 7. mai 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- NSD. (2019). Norsk senter for forskningsdata. Hentet 08.06.2019 fra https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Pasientjournalforskriften. (2019). Forskrift om pasientjournal (FOR-2019-03-01-168). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=pasientjour>
- Pasientjournalloven. (2014). Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (LOV-2014-06-20-42). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42?q=pasientjour>
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). Hentet 08.06.2019 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#*
- REK. (2019). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Hentet 08.06.2019 fra https://helseforskning.etikkom.no/forside?_ikbLanguageCode=n
- Rossen, I., Hurlstone, M. J., Dunlop, P. D. & Lawrence, C. (2019). Accepters, fence sitters, or rejecters: Moral profiles of vaccination attitudes. *Soc Sci Med*, 224, 23-27.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.038>

- Rygg, M. (2006). Vaksineskepsis - profylaksearbeidets paradoks. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 126(22), 2933-2933.
- Råheim, M. (1997). Forsåelse av kroppen som fenomen: Kritikk og utfordringer i helsefagenes grunnlagsforsåelse. I M. Råheim (Red.), *Kunnskap, kropp og kultur: helsefaglige grunnlagsproblemer* (s. 95-123). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer [LOV-1994-08-05-55]. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=vaksiner>
- Sneltvedt, T. (2021). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 97-113). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Språkrådet. (2010, 23. september). Framsnakking. Hentet fra <https://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/hva-skjer/Aktuelt-ord/Framsnakking/>
- Statens legemiddelverk. (2020, 13. november). Bivirkninger av vaksiner - hva lærte vi av pandemien i 2009? Hentet fra <https://legemiddelverket.no/nyheter/bivirkninger-av-vaksiner-hva-lerte-vi-av-pandemien-i-2009>
- Store Norske Leksikon. (2018, 14. mai). sosiale medier. Hentet fra https://snl.no/sosiale_medier
- Store Norske Leksikon. (2019, 8. januar). Eklektisk. Hentet fra <https://snl.no/eklektisk>
- Store Norske Leksikon. (2021, 25. januar). flokkimmunitet. Hentet fra <https://snl.no/flokkimmunitet>
- Taha, S. A., Matheson, K. & Anisman, H. (2013). The 2009 H1N1 Influenza Pandemic: the role of threat, coping, and media trust on vaccination intentions in Canada. *J Health Commun*, 18(3), 278-290. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.727960>
- Taha, S. A., Matheson, K. & Anisman, H. (2014). H1N1 was not all that scary: uncertainty and stressor appraisals predict anxiety related to a coming viral threat. *Stress Health*, 30(2), 149-157. <https://doi.org/10.1002/smi.2505>
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforl.
- Universitetet i Oslo, D. h. f., Podkast. (2020, 1. september). Fake News - løgn og bedrag i sosiale medier. Hentet fra <https://www.hf.uio.no/imk/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2020/fake-news>
- Vignæs, M. K. (2018, 22.02.2018). Folkehelseinstituttet ønsker å undersøke vaksine-skeptiske miljøer nærmere. *Nrk.no*. Hentet fra <https://www.nrk.no/norge/folkehelseinstituttet-onsker-a-undersoke-vaksine-skeptiske-miljoer-naermere-1.13929230>
- Wakefield, A. J. (1998). Autism, inflammatory bowel disease, and MMR vaccine. *The Lancet*, 351(9112), 1356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)79083-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)79083-8)
- WHO. (2018). Immunization, Vaccines and Biologicals. Hentet fra https://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/
- WHO. (2019). Measles in Europe: record number of both sick and immunized. Hentet 01.06.2019 fra <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/measles-in-europe-record-number-of-both-sick-and-immunized>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- Wikipedia. (2020, 8. august). Grønn ideologi. Hentet fra https://no.wikipedia.org/wiki/Gr%C3%B8nn_ideologi
- Wikipedia. (2021, 12. april 2021). Fake news/falsk nyhet. Hentet 21.04.2021 fra https://no.wikipedia.org/wiki/Falsk_nyhet

Aadland, E. (2000). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar* (3. utg. utg.). Oslo: Samlaget.

VEDLEGG 1

ROS-skjema:

Vurdering av risiko- og sårbarhetsanalyse i forskningsprosjekt

Risikovurderinger handler om tre aktiviteter:

1. Identifisere uønskede hendelser (risikoelementer).
2. Vurdere risikoen – sannsynlighet kombinert med konsekvens – for hver uønsket hendelse som er identifisert.
3. Evaluere og håndtere risikoen ved å for eksempel innføre tiltak som begrenser risikoen.

Noen begreper

Risikoelement er brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet)

En hendelse kan komme til å påvirke sikkerheten på en negativ måte

Konfidensialitet

At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende

Integritet

At informasjon ikke blir endret utilsiktet eller av uvedkommende

Tilgjengelighet

At informasjon er tilgjengelig ved behov

Sårbarhet

Iboende svakhet i et system, menneske eller en bygning som kan utnyttes av en trussel

☐

Sannsynlighet

Et mål for hvor ofte en hendelse opptrer

Konsekvens (skadeomfang)

Konsekvens er følgen av en hendelse. Den kan innvirke på økonomi, omdømme, tap av personlig anseelse, liv og helse eller kritiske funksjoner, eller føre til rettslig påtale

Risiko

Risiko er en kombinasjon av sannsynligheten for at en hendelse inntreffer og konsekvensen av en hendelsen.

Risikoeier

Risikoeier er den som har ansvar for risikoene ved en tjeneste eller et system. Det kan være tjeneste-/systemeier, linje-, prosjekt-, aktivitetsleder eller andre. Risikoeier er ansvarlig for at risikovurderinger gjennomføres og eier vanligvis tiltakene som iverksettes.

Risikovurderingsprosessen

Risikovurderingsprosessen kan deles opp i følgende aktiviteter:

1. Kartlegging av uønskede hendelser (risikoelementer/trusler)
2. Beskrivelse av sårbarheten risikoelementet utnytter
3. Beskrivelse av eksisterende beskyttelses- og kontrolltiltak
4. Vurdering av risikonivå (konsekvens og sannsynlighet)
5. Nye tiltak i forhold til risikoelementer
6. Kategorisering, sortering og prioritering av tiltak

Kategorisering

For hver hendelse (risikoelement/trussel) vurderes sannsynligheten for at den skal inntreffe og konsekvensen av at den inntreffer. I eksemplet under er det brukt en skala fra 1 til 4.

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering, Prioritering.
Se på arkene "Veileder" for ytterligere informasjon.

Forskningsprosjekt - tittel:
 Prosjektleder:
 Prosjekt nr. ASD (hvis aktuelt):
 Prosjekt nr. RBK (hvis aktuelt):
 Prosjekt nr. i UBW / Agresso (hvis aktuelt):
 Prosjektets formål (kort beskrivelse):

Antall registrerte informanter:
 Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter)
 Beskriv hvordan eventuelle koblingskoder lagres:
 Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?

Underkategorier
 Benytt nedtrekksmeny (drop down).

Hendelse
 Hva kan skje?

Beskrivelse/vurdering
 Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?

Risikoelement
 Brudd på K/T (K = Konfidensialitet, T = integritet, U = Tilgjengelighet).
 Se på arkene "Veileder" for ytterligere informasjon.
 Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i

Eksisterende tiltak
 Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.

Risikonivå
 S K Risiko
 S: Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4.
 K: Lav/høy, 4 = svært høy.
 Risiko genereres automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens.

Nye tiltak
 Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.

Databilsomligning
 Lydopptak

Integritet
 (At informasjon ikke blir endret/utviklet eller av uønskede)

Tilgjengelighet
 (At informasjon er tilgjengelig ved behov)

Summe som for konfidensialitet.

Eksempel

| | | | | | | | | | |
|---|---------|-----------------|--|------------------|---|-------|-------|-------|---------|
| 3 | Analyse | Intervju/koding | Uønsket utlevering av personopplysninger | Konfidensialitet | <p>Hver informant aidentifiseres (personnavn, stedsnavn og andre personidentifiserende data fjernes) ved transkripsjon slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner i teksten</p> <p>Integritet:</p> <p>Informasjon vil ikke andres vesentlig og den vil ikke være tilgjengelig for uestkommende</p> <p>Tilgjengelighet</p> <p>Det er kun studenten som vil ha tilgang til informasjon.</p> | 1 1 2 | 0 0 0 | 1 1 2 | [Tekst] |
| 4 | Analyse | Transkribering | Uønsket utlevering av personopplysninger | Konfidensialitet | <p>Den som har gjennomført intervjuer og transkriberer intervjuene aidentifiserer informasjon slik at data som kan skape gjenkjenneelse (f.eks navn, sted, tid, sjelden diagnose) fjernes. Kun OsloMet PC brukes og denne må være frakoblet nettverk</p> <p>Integritet</p> <p>Informasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for uestkommende</p> <p>Tilgjengelighet:</p> <p>Det er kun studenten og veileder som vil ha tilgang til tekstene</p> | 1 1 2 | 0 0 0 | 1 1 2 | [Tekst] |

Oppsummering/tiltaksplan på grunnlag av risikovurderingen:

I risikovurderingen (forrige ark), beskrev du ulike hendelser, risikonivåer og eksisterende samt nye tiltak knyttet til disse.

I denne oppsummeringen/tiltaksplanen ønsker vi at du beskriver nærmere hvordan du har prioritert de valgene du har gjort knyttet til å behandle data i prosjektet.

Skriv gjerne kort om hvilke vurderinger du har gjort for tiltakene du har valgt, og hvilke risikoreducerende tiltak som skal gjennomføres i den forbindelse.

OPPSUMMERING: Det vil bli benyttet en digital lydopptaker hvor dataene så blir overført til en kryptert minnebrikke og låst inn i et låsbart skap på utdanningsinstitusjonen som er beregnet for dette formålet. Dataene vil bli slettet i etterkant. Deltakerne i studien blir anonymisert gjennom hele prosjektet, fornavn- og etternavn vil ikke bli brukt noe sted utover dokumentet med informert samtykke.. Kjønn, alder, yrke/utdanning og bosted er de eneste bakgrunnsvariablene som samles inn. Bruk av lydfilene og transkriberingen av disse vil foregå på utdanningsinstitusjonens pc'er. Alle data blir slettet i etterkant av prosjektet.

VEDLEGG 2

5/2/2021 NSD - Min side

<https://minside.nsd.no/meldeskjema/5da1a7f7-24bf-4d2d-8de5-cf8575353634/meldinger/1/3>

Vaksineskepsis hos sykepleiere

Referanse

589668

Status

Avsluttet

[Åpne Meldeskjema](#)

Skriv melding her. Vær oppmerksom på at meldingen du skriver blir synlig for din institusjon i Meldingsarkivet og alle som får delt tilgang til prosjektet ditt.

Norsk Frode Skogen

Vurdering

[Send melding](#)

Melding

04.07.2020 23:13

NSD har mottatt bekreftelse på at prosjektet er avsluttet og at data enten er: permanent arkivert eller anonymisert eller slettet. Prosjektet er dermed registrert som avsluttet og NSD vil ikke foreta noen videre oppfølging.

Melding

19.06.2020 09:00

Ifølge opplysningene registrert i meldeskjema med referansenummer 589668, skal behandlingen av personopplysningene være avsluttet. I tråd med NSDs avtale med institusjonen din, tar vi nå kontakt med deg for å avklare at behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Vi ber deg om å sjekke alle opplysningene som er registrert på siden «Varighet» i meldeskjemaet og bekrefte at de er korrekte ved å trykke «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

Dersom det er endringer, må du først oppdatere meldeskjemaet før du sender det inn. Les om hvilke endringer som skal vurderes av NSD [nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html](https://minside.nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)
Institusjonen din blir varslet hvis du ikke sender inn skjemaet innen 30 dager.

According to the information registered in your Notification Form with reference number 589668, the processing of personal data should now have ended. In accordance with NSD's agreement with your institution, we are contacting you to determine whether the processing of personal data has ended. We ask that you check the information registered on the page «Duration of processing» in your Notification Form and confirm that it is correct by clicking on «Confirm send in» on the page «Send in».

If changes have been made, you must update the contents of the Notification form before you send it in. Read more about which changes should be assessed by NSD: [nsd.no/personvernombud/en/notify/notifying_changes.html](https://minside.nsd.no/personvernombud/en/notify/notifying_changes.html)
Your institution will be notified if you do not send in the form within 30 days.

Sluttvurdering

19.06.2020 09:00

Ifølge meldeskjemaet skal behandlingen av personopplysninger nå være avsluttet. Bekreft ved å trykke «Bekreft innsending» på siden Send inn, uten å gjøre endringer i meldeskjemaet.

For å melde fra om utvidelse av prosjektperioden eller andre vesentlige endringer, oppdater meldeskjemaet før du trykker «Bekreft innsending» [Se hvilke endringer som skal meldes](#)

5/2/2021 NSD - Min side

<https://minside.nsd.no/meldeskjema/5da1a7f7-24bf-4d2d-8de5-cf8575353634/meldinger/2/3>

trykker «Bekreft innsending». [Se hvilke endringer som skal meldes](#).

Institusjonen din blir varslet hvis du ikke sender inn meldeskjemaet innen 30 dager.

Melding

11.11.2019 12:47

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 589668 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 11.11.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å

oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 19.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

5/2/2021 NSD - Min side

<https://minside.nsd.no/meldeskjema/5da1a7f7-24bf-4d2d-8de5-cf8575353634/meldinger/3/3>

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Melding

05.11.2019 10:00

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 589668 er innsendt og mottatt.

Melding

04.11.2019 13:26

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 589668 må kompletteres for at NSD kan fortsette vurderingen.

Når du har gjort oppdateringene i skjemaet, må du gå til siden "send inn" og trykke "bekreft innsending".

Dersom du har ytterligere kommentarer eller spørsmål kan du skrive en melding i dialogfeltet over og trykke "send melding".

Følgende kommentar er gitt av NSDs personvernrådgiver:

Hei,

Vi har foretatt en første gjennomgang av meldeskjema og har en kommentar:

I meldeskjema er det oppgitt deltakende observasjon som metode. I meldeskjema er det oppgitt at det vil bli holdt intervju med deltakerne. Derfor virker det som at det vil være mer passende at intervju er oppgitt som metode under utvalg 1 i meldeskjema. Velg derfor intervju som metode for innsamling og last opp tilhørende intervjuguide.

For å returnere det oppdaterte meldeskjemaet med vedlegg trykker du bekreft innsending. Du kan stille spørsmål her i meldingsdialogen dersom noe er uklart.

Melding

03.11.2019 17:14

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 589668 er innsendt og mottatt.

VEDLEGG 3

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Vaksineskepsis blant sykepleiere"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *få økt kunnskap og refleksjon rundt vaksineskepsis hos sykepleiere i et folkehelseperspektiv*. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Ved å delta i prosjektet innebærer det at du stiller opp i et åpent dialogintervju for å snakke om vaksineskepsis.

Dette er et studentprosjekt som gjøres av meg, Frode Skogen (student i masterstudiet empowerment og helsefremmende arbeid) under veiledning av prosjektansvarlig og førsteamanuensis Camilla Hansen ved institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap på Oslomet – Storbyuniversitetet.

Bakgrunn for studien er fenomenet vaksineskepsis, tvetydighet og ambivalens. Sykepleiere som følger barnevaksinasjonsprogrammet og som samtidig har en ambivalens mot influensavaksine.

Problemstillingen er hvordan sykepleieren opplever sin egen vaksineskepsis knyttet til influensavaksinen. Det innebærer å undersøke ulike variasjoner i kulturelle, politiske og sosiale forestillinger som leder til ambivalens og tvetydighet i forhold til vaksineskepsis: det er ulik kompetanse og kunnskap bak valgene som tas i spørsmålet om vaksinasjon. Ambivalens handler om risikovurdering og tillit mens tvetydighet handler om å velge vaksiner eklektisk.

Hensikten med studien er å undersøke sykepleierens ambivalens til vaksiner.

Formål

Formålet er å øke kunnskap og refleksjon rundt vaksineskepsis i et folkehelseperspektiv.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Førsteamanuensis Camilla Hansen, institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Storbyuniversitet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er basert på sykepleiere på tidligere arbeidsplasser i kommunehelsetjenesten som har sagt seg villig til å diskutere vaksineskepsis. På nåværende arbeidsplass vil avdelingsleder(e) henge opp et rekrutteringsskriv slik at det ikke er meg som student som rekrutterer direkte.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg vil gjøre 10 intervjuer og er åpen for gjentagende intervju med enkelte deltakere for å gjøre dybdeintervju, dette synes å være rimelig gitt omfanget og tidsbruk i dette prosjektet. Et kvalitativt intervju kan vare fra én til flere timer

- «Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir spurt om samtalen kan bli tatt opp på lydopptaker uten personopplysninger, og lydfilen vil bli slettet da prosjektet er ferdig». Dette er likevel frivillig da det kan skrives notater fremfor å bruke lydopptaker. Du kan trekke deg når som helst fra ditt informerte samtykke til dette.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke informert samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn, skriftlig og/eller muntlig. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Det er kun studenten og veilederen som vil ha tilgang til kontaktinformasjon, i dette tilfellet telefonnummer.*
- *«Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data», og datamaterialet legges på forskningsserver, innelåst/kryptert på universitetet.*

Du som deltaker vil bli fullt anonymisert og vil ikke kunne kjennes igjen i en eventuell publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes [19/6-20]. Personopplysninger og lydfiler slettes ved prosjektets slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra prosjektansvarlig Camilla Hansen, førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Storbryuniversitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Førsteamanuensis Camilla Hansen ved institutt for helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Storbryuniversitet: epost: camilla.hansen@oslomet.no, kontortelefon: 67236375

Student Frode Skogen, masterstudium i empowerment og helsefremmende arbeid, institutt for helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Storbryuniversitet Epost: s126030@oslomet.no telefonnummer 97670167.

Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen; institutt for helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Storbryuniversitet ingrid.jacobsen@oslomet.no NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Camilla Hansen

Førsteamanuensis

Eventuelt student

Mastergradsstudent

Frode Skogen

Masterstudium i empowerment og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid
Oslo Metropolitan University.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*vaksineskepsis blant sykepleiere*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. [19/6-20]

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 4

Vil du delta i forskningsprosjektet "Vaksineskepsis blant sykepleiere"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *få økt kunnskap og refleksjon rundt vaksineskepsis hos sykepleiere i et folkehelseperspektiv*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Ved å delta i prosjektet innebærer det at du stiller opp i et åpent dialogintervju for å snakke om vaksineskepsis.

Dette er et studentprosjekt som gjøres av meg, Frode Skogen (student i masterstudiet empowerment og helsefremmende arbeid) under veiledning av prosjektansvarlig og førsteamanuensis Camilla Hansen ved institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap på Oslomet – Storbyuniversitetet.

Bakgrunn for studien er fenomenet vaksineskepsis, tvetydighet og ambivalens. Sykepleiere som følger barnevaksinasjonsprogrammet og som samtidig har en ambivalens mot influensavaksine.

Problemstillingen er hvordan sykepleieren opplever sin egen vaksineskepsis knyttet til influensavaksinen. Det innebærer å undersøke ulike variasjoner i kulturelle, politiske og sosiale forestillinger som leder til ambivalens og tvetydighet i forhold til vaksineskepsis: det er ulik kompetanse og kunnskap bak valgene som tas i spørsmålet om vaksinasjon. Ambivalens handler om risikovurdering og tillit mens tvetydighet handler om å velge vaksiner eklektisk.

Hensikten med studien er å undersøke sykepleierens ambivalens til vaksiner.

Formål

Formålet er å øke kunnskap og refleksjon rundt vaksineskepsis i et folkehelseperspektiv.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Førsteamanuensis Camilla Hansen, institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Storbyuniversitet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er basert på sykepleiere på tidligere arbeidsplasser i kommunehelsetjenesten som har sagt seg villig til å diskutere vaksineskepsis. På nåværende arbeidsplass vil avdelingsleder(e) henge opp et rekrutteringsskriv slik at det ikke er meg som student som rekrutterer direkte.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg vil gjøre 10 intervjuer og er åpen for gjentakende intervju med enkelte deltakere for å gjøre dybdeintervju, dette synes å være rimelig gitt omfanget og tidsbruk i dette prosjektet. Et kvalitativt intervju kan vare fra én til flere timer

- «Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir spurt om samtalen kan bli tatt opp på lydopptaker uten personopplysninger, og lydfilen vil bli slettet da prosjektet er ferdig». Dette er likevel frivillig da det kan skrives notater fremfor å bruke lydopptaker. Du kan trekke deg når som helst fra ditt informerte samtykke til dette.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke informert samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn, skriftlig og/eller muntlig. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Det er kun studenten og veilederen som vil ha tilgang til kontaktinformasjon, i dette tilfellet telefonnummer.*
- *«Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data», og datamaterialet legges på forskningsserver, innlåst/kryptert på universitetet.*

Du som deltaker vil bli fullt anonymisert og vil ikke kunne kjennes igjen i en eventuell publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes [19/6-20]. Personopplysninger og lydfiler slettes ved prosjektets slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra prosjektansvarlig *Camilla Hansen, førsteamanuensis* ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Storbyuniversitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Førsteamanuensis Camilla Hansen ved institutt for helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Storbryuniversitet: epost: camilla.hansen@oslomet.no, kontortelefon: 67236375

Student Frode Skogen, masterstudium i empowerment og helsefremmende arbeid, institutt for helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Stobryuniversitet Epost: s126030@oslomet.no telefonnummer 97670167.

Vårt *personvernombud*: *Ingrid Jacobsen*; institutt for helsefremmende arbeid, fakultet for helsevitenskap, OsloMet - Stobryuniversitet ingrid.jacobsen@oslomet.no

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvertjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Camilla Hansen

Førsteamanuensis

Eventuelt student

Mastergradsstudent

Frode Skogen

Masterstudium i empowerment og helsefremmende arbeid

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid
Fakultet for helsevitenskap
OsloMet - Stobryuniversitet

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*vaksineskepsis blant sykepleiere*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å henge opp rekrutteringsskriv på avdelingen

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. [19/6-20]

(Signert av avdelingsleder ved arbeidsplassen/institusjonen, dato)

VEDLEGG 5

Intervjuguide

Åpent dialogintervju med tematisk struktur. Hovedtema er vaksineskepsis, med følgende stikkord:

- Barnevaksinasjonsprogrammet
- Vaksineskepsis
- Rollen som sykepleier i møte med pasienter

Intervjuet avsluttes med å be om en sluttkommentar.