

Bokmål

# INNLEVERING AV EKSAMENSBE SVARELSE VED OsloMet – storbyuniversitetet

<b>STUDIEPROGRAM:</b>	Bachelorstudium i sykepleie
<b>EMNEKODE OG EMNENA VN:</b>	SYBA3900 Bacheloroppgave
<b>KULL/KLASSE:</b>	SYPLGR klasse 3B 2015H – BA sykepl, heltid
<b>INNLEVERINGS DATO</b>	31.05.2018
<b>EVT. VEILEDER/ EMNEANSVARLIG</b>	
<b>EKSAMENSFORM:</b> (Kryss av)	
Hjemmeeksamen <input type="checkbox"/> Mappedeksamen <input type="checkbox"/> Prosjekteksamen <input type="checkbox"/> Bacheloroppgave <input checked="" type="checkbox"/>	
Individuell <input type="checkbox"/> Gruppe <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>KANDIDATNUMMER/NAVN</b> (Fyll ut det som passer)	178 & 170
<b>ANTALL SIDER INKLUDERT FORSIDE/ANTALL ORD</b> (Ta bort det som ikke passer)	10421ORD (Ta bort det som ikke passer)

# Influensavaksinen: Sykepleierens forebyggende funksjon og egenvaksinasjon - et etisk dilemma?

2018

Antall ord: 10421

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i> .....	5
1.2	<i>Problemstilling</i> .....	6
1.3	<i>Hensikt med oppgaven, begrensninger og avklaringer</i> .....	6
1.4	<i>Etikk</i> .....	7
1.5	<i>Oppgavens oppbygning</i> .....	7
<b>2.0</b>	<b>SYKEPLEIE</b> .....	<b>8</b>
2.1	<i>Profesjonsetikk</i> .....	8
2.1.1	<i>Et etisk dilemma</i> .....	10
2.2	<i>Forebyggende helsearbeid</i> .....	11
2.2.1	<i>Sykepleiers forebyggende funksjon</i> .....	13
2.2.1.1	<i>Yrkesetiske retningslinjer</i> .....	13
2.2.1.2	<i>Profesjonsutdanningen</i> .....	14
2.2.1.3	<i>Lov om helsepersonell</i> .....	14
2.2.2	<i>Vaksinasjon</i> .....	14
2.2.3	<i>Influensa</i> .....	15
2.2.4	<i>Influensa Vaksinen</i> .....	17
<b>3.0</b>	<b>METODE</b> .....	<b>19</b>
3.1	<i>Manuelle søk</i> .....	19
3.2	<i>Systematisk søk</i> .....	20
3.4	<i>Kildekritikk</i> .....	21
3.6	<i>Etiske overveielser</i> .....	22
<b>4.0</b>	<b>PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>23</b>
4.1	<i>Kunnskap</i> .....	23
4.2	<i>Autonomi</i> .....	23
4.3	<i>Profesjonsperspektivet</i> .....	24
4.4	<i>Barrier i praksis</i> .....	24
<b>5.0</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>25</b>

5.1 Kunnskap.....	25
5.2 Autonomi.....	27
5.3 Profesjonsperspektivet.....	28
5.4 Barrier i system og praksis. ....	29
5.5 Sykepleierens forebyggende funksjon og egenvaksinasjon – et etisk dilemma?.....	29
<b>6.0      OPPSUMMERING OG KONKLUSJON .....</b>	<b>34</b>
<b>7.0      LITTERATURLISTE.....</b>	<b>35</b>

## 1.0 INNLEDNING

I Norge faller det naturlig for de fleste å delta i vaksinasjonsprogrammet. Spør du «mannen i gata», så vil vi anta at mange gjerne har en grad av forståelse for konsepter som vaksinasjon og forebyggende helsearbeid. Den siste tiden har vaksinasjon vært et hett tema i mediene. Det har vært flere større meslingutbrudd i Europa, men i Norge har vi, foruten noen enkelttilfeller vært spart for dette. Dette viser allikevel hvor sårbart vaksinasjonssystemet er dersom graden av vaksinasjonsetterlevelse synker i befolkningen. Vi i Norge er derimot ikke spart for influensa viruset. I fjor ble 130 000 mennesker i Norge diagnostisert med influensa, og av disse ble 6000 så dårlige at de ble i behov av sykehusbehandling (Hauge, 2017). Det anslås at det gjennomsnittlig er 900 rapporterte dødsfall i året på grunn av influensa (Folkehelseinstituttet [FHI], 2017b) men i sesongen 2016/17 var det estimert så mange som en plass mellom 1500-1700 dødsfall (Hauge, 2017).

Influensa er en global epidemi som rammer hvert år, i og med at influensaviruset stadig muterer seg. Dette gjør at en kan bli syk med influensa selv om en ble vaksinert mot influensa året i forveien (Norsk Helseinformatikk, 2014). Derfor utvikles det en ny influensavaksine hvert år som gir en beskyttelse på rundt 60% (FHI, 2017d). Det har ikke blitt vurdert som hensiktsmessig at befolkningen som en helhet vaccinerer seg mot influensa, men helsedirektoratet går årlig ut med sterke anbefalinger om at risikogrupper og helsepersonell med pasientkontakt, bør ta influensavaksinen (FHI, 2017e). Som snart ferdigutdannede sykepleiere kan det jo være naturlig å dra en slutning om at de fleste av oss følger denne oppfordringen, men dette viser seg ikke å være tilfellet. Birgitte Kluwer fra FHI kan i et intervju med Sykepleien fortelle at under 20% av helsepersonell med pasientkontakt, vaksinerte seg mot influensa i både 2015/16- og 2016/17-sesongen (Hernæs, 2017).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Tall fra FHI viser at et svært lavt antall helsepersonell følger anbefalingen om å vaksinere seg. Som profesjon utgjør sykepleiere den største gruppen helsepersonell, og er også de som generelt sett har hyppigst pasientkontakt (McEwen & Farren, 2005). Videre har sykepleiere som helsepersonell, signifikant høyere risiko en normalbefolkningen for å bli smittet av influensa (Hernæs, 2017). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere forteller at vi har et

ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleier Forbund [NSF], 2011). I tillegg har også sykepleieren ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse, og som forebygger sykdom. Helsepersonelloven §2.4 forteller i en lignende ordlyd at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999). Med bakgrunn i overstående, mener vi omstendighetene rundt sykepleiers valg om å vaksinere seg vil være sykepleiefaglig relevant i et etisk perspektiv, et profesjons perspektiv samt sett i sammenheng med den enkeltes yrkesutøvelse. For å utforske temaet har vi utarbeidet problemstillingen som står under.

## **1.2 Problemstilling.**

*Sykepleierens forebyggende funksjon og egenvaksinasjon - et etisk dilemma?*

## **1.3 Hensikt med oppgaven, begrensninger og avklaringer.**

Med denne oppgaven ønsker vi å undersøke grunnlaget for sykepleiere sitt valg om egenvaksinasjon mot influensa. Ved å belyse dette, vil vi svare på om det kan ligge til grunn for et etisk dilemma satt opp mot sykepleieren sin forebyggende funksjon. Ved å svare på problemstillingen, ønsker vi å kunne bidra til å belyse temaet i et sykepleieperspektiv i tillegg til å kunne bidra til videre fagutvikling. Denne oppgaven er en bacheloroppgave i sykepleie. Den tar derfor for seg sykepleieperspektivet, selv om problemstillingen kan være like relevant for annet helsepersonell. Med bakgrunn i FHI sin anbefaling for vaksinasjon mot influensa, tar vi utgangspunkt i sykepleiere med pasientkontakt. Vi velger også å inkludere sykepleierstudenter, da likheter eller ulikheter i funn kan ha en mulighet til å belyse årsaker og sammenhenger i erfaring og kunnskapsnivå. Videre, når vi omtaler egenvaksinasjon, så omhandler det i denne oppgaven valget om å årlig vaksinere seg mot influensa i tråd med FHI sin anbefaling for helsepersonell med pasientkontakt og ikke andre vaksiner. Vi redegjør i kapittel to for disse sentrale begrepene: sykepleie, sykepleiers forebyggende funksjon, forebyggende helsearbeid, influensa, vaksinasjon og etisk dilemma. Diskusjon rundt kunnskapsbegrepet som sådan ligger utenfor denne oppgavens mål og rammer. Andre viktige begrepers redegjøres for i teksten, der det fremstår som naturlig.

## **1.4 Etikk.**

Vi vil redegjøre for alle funn som ikke er våre egne, og på den måten ikke stjele noen annens verk. Vi vil søke å bruke forskning som er troverdig, gyldig og har relevans.

## **1.5 Oppgavens oppbygning.**

Kapittel en starter med en innledning. Så beskrives bakgrunn for valg av tema, og en problemstilling blir presentert hvor det blir gjort rede for oppgavens hensikt, avgrensninger og hvor tillegg viktige begreper blir redegjort for. Noen etiske overveielser ved oppgaveskriving nevnes og oppgavens innhold beskrives. Kapittel to er et teorikapittelet og det redegjøres for det teoretiske rammeverket som brukes for å drøfte funn i forskningen opp mot problemstillingen i drøftingen. Kapittel tre er et metodekapittel. Det beskriver metode og redegjør for prosessen bak det systematiske litteratursøket. I kapittel fire presenteres forskningsfunn fra det systematiske litteratursøket, organisert som påstander under tematiske overskrifter. I kapittel fem drøftes påstandene fra forskningsfunnene i kapittel fire, opp mot det teoretiske rammeverket redegjort for i kapittel to, med personlige synspunkt og i lys av problemstillingen. Kapittel seks oppsummeres drøftingsdelen kort og en konklusjon på bakgrunn av problemstillingen blir fremlagt. I kapittel syv fremvises kildegrunnlag gjennom å liste opp alle kildene som har blitt benyttet.

## **2.0 SYKEPLEIE**

Sykepleiefaget regnes å ha startet ved at Florence Nightingale ga ut sin bok «Notes on nursing», samtidig som hun opprettet den første sykepleieutdanningen i 1860. Siden den gang har det oppstått en rekke sykepleieteorier som alle har prøvd å definere hva sykepleie er, og hva som er sykepleiens område og funksjoner (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). Alle sykepleieteoriene har vært med på å forme sykepleien og danner det historiske grunnlaget for hvordan sykepleien ser ut i dag. I vårt samfunn er sykepleie et profesjonsfag. Molander og Terum definerer dette som at «profesjoner er en type yrke som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom spesialisert utdanning. Profesjoner er yrker med bestemte koblinger til høyere utdanning og forskning» (Gjengitt etter Kristoffersen, 2015, s. 173). Det er vanlig at yrkesutøvelsen krever en spesifikk utdanning og offentlig godkjenning. Mange av profesjonsutdanningene har også egne yrkesetiske retningslinjer. I Norge er sykepleiere en av 29 yrkesgrupper som krever en autorisasjon for å utøve sitt fag med en yrkestittel. Kravene for autorisasjon står nedfelt i Helsepersonelloven §48 (1999). Du kan med andre ord ikke jobbe som sykepleier eller ha sykepleiefaglig ansvar, uten autorisasjon. Videre regulerer Helsepersonelloven yrkesutøvelsen til sykepleiere, herunder sykepleiers plikter og ansvar (Helsedirektoratet, 2018). For å identifisere sykepleiers faglige ansvar så ser vi, som profesjonsfag, til rammeverket for sykepleieutdanningen. Her identifiseres grunnleggende funksjons- og ansvarsområder. Disse er «1. Helsefremming og forebygging, 2. behandling, 3. lindring, 4. rehabilitering og habilitering, 5. undervisning og veiledning, 6. organisering administrasjon og ledelse, 7. fagutvikling, kvalitetssikring og forskning» (Kristoffersen et al., 2011, s. 17). Som profesjonsfag har sykepleien et verdigrunnlag, et som er nedfelt av International Council of Nursing [ICN] og adaptert til norsk av NSF i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011). I denne oppgaven skal vi senere redegjøre for sykepleiens forebyggende funksjon.

### **2.1 Profesjonsetikk**

Boken «Principles of Biomedical Ethics» ble utgitt i 1978 og hadde en stor påvirkning på tenkningen rundt etikk i helsevesenet. Den kom med fire prinsipper for medisinsk etikk, i tillegg til en metode for å balansere etiske hensyn. De fire prinsippene er: Velgjørenhet, som er å ville og gjøre det beste for pasienten. Ikke skade, som er å forhindre skade og ubehag.



Respekt for autonomi, som er selvbestemmelse, altså at pasienten har en rett til å bestemme over seg selv og sin egen kropp. Rettferdighet, som er rett til lik behandling uavhengig av hvem du er, men samtidig at en skal ha en rettferdig ressursfordeling i samfunnet (Nortvedt, 2014).

Sykepleiefaget har blitt formet av svært gamle medisinske tradisjoner fra antikkens tid. Den hippokratiske legeetikken har også vært med på å forme sykepleieetikken gjennom å sette fokus på de kjente prinsippene ikke-skade og velgjørenhet. Prinsippet om autonomi og rettferdighetsprinsippet, som også er blant de fire prinsippene, er derimot av nyere opprinnelse (Nortvedt, 2014). Disse fire prinsippene går under navnet fire-prinsipp-etikken, og den er tenkt til å være bindeleddet mellom de etiske teoriene og vår allmenmoral. Utover disse fire, så har noen i sykepleien også lagt vekt på et femte prinsipp, nemlig barmhjertighetsprinsippet, som kan ses på som et prioriteringsprinsipp hvor en blir påminnet om å «ta individuelle hensyn til den enkelte pasient, også når en møter vanskelige prioriteringer» (Nortvedt, 2014, s. 99).

I boka «Profesjonsstudier» redegjør Grimen (2008) for det særegne ved profesjonsmoralen. En profesjonsmoral består av normer og verdier som retter seg spesielt mot å håndtere de moralske problemene som oppstår i møte mellom profesjonelle og mellom profesjonelle og klientene deres. En profesjon i det moderne samfunnet handler om en sammenslutning bestående av en eller flere varianter av kollegial organisering, som har oppnådd politisk legitimitet for ett samfunnsoppdrag. Dette er et oppdrag som går ut på å forvalte kunnskap. Grimen sier at for å avgrense noe som en profesjon, så må en bruke tre ulike kriterier: forvaltning av en bestemt type kunnskap, en bestemt organisasjonsform og politisk legitimitet for et samfunnsoppdrag (Grimen, 2008).

Profesjonsmoralens viktigste oppgave er at den fastsetter samarbeidsvilkårene mellom profesjonelle, samt mellom de profesjonelle og klientene deres. I det moderne samfunnet så adresserer profesjonsmoraler, profesjoner. Selvstendige profesjonelle utøvere av yrket vil også være adressater for profesjonsmoraliske normer og verdier, men i delegert betydning da de er del av en større sammenslutning. En profesjonsmoral er fundert politisk og har sitt grunnlag i den politiske legitimiteten til samfunnsoppdraget. Profesjonsmoraler består av normer og verdier som ikke finnes i allmenmoralen, og som også kan komme i strid med

den. For en profesjonell, så kan profesjonsmoral ses på som normer og verdier som helt konkret kan være med på å vise hva en skal gjøre i sin profesjon. For brukerne og oppdragsgiverne så handler den ikke om det samme. De ser på den som en måte å hevde selvjustis på, slik at de får det de har krav på. For eksempel så kan disse brukes som grunnlag for en klage, dersom de ikke får det de har rett på. Kollegiale organiseringer, som en profesjon er oppbygd av, kan være vanskelige å kontrollere utenfra og spesielt når de skal forvalte en type kunnskap som en trenger, men som oppdragsgiverne og brukerne ikke innehar selv. Derfor må disse gruppene stole på at de profesjonelle innehar tilstrekkelig med indre selvjustis og at de ikke misbruker det de har fått å forvalte. Profesjonsmoraler skal i hovedsak finnes for å holde egeninteresser og andre ting i sjakk (Grimen, 2008).

### 2.1.1 Et etisk dilemma

Nordby definerer et etisk problem som «en opplevd situasjon der det ikke er opplagt hva som er den beste handlingen overfor en eller flere andre personer» (Nordby, 2012, s. 37). Han sier at etiske problemer er preget av usikkerhet og tvil. De vil oppleves som komplekse, og de vil være vanskelig å finne enkle løsninger på. Etske problemer vil ha en gjennomgående tone av at de «berører deg selv, dine tanker om din plass i verden og din mellommenneskelige relasjon til andre» (Nordby, 2012, s. 37). Han bruker disse ordene for å definere et etisk problem: «Du står overfor et etisk problem når du er usikker på hva som er riktig og galt og gjøre overfor en eller andre personer, og når problemet ikke har en opplagt, selvnynnlysende løsning» (Nordby, 2012, s. 37). Nordby sammenligner et etisk problem med å være midt i en tåke, uten at du vet hva dine veivalg videre er.

Først når du har funnet relevante og uforenelige handlingsalternativer, står du ovenfor et etisk dilemma. Med andre ord så er det ikke når du faktisk har flere tiltak du kan utføre, men som du tror at du må velge mellom. Nordby definerer et etisk dilemma på denne måten «Et etisk dilemma oppstår når du må velge mellom to eller flere handlingsalternativer, og når ingen av alternativene virker som det opplagt riktige» (Nordby, 2012, s. 38). Nortvedt sier i sin bok om sykepleieetikk at mange problemstillinger i sykepleien vil ha en karakter av å være et dilemma, hvor det ikke finnes noen «riktig løsning» og at man må velge mellom to onder (Nortvedt, 2014).

## 2.2 Forebyggende helsearbeid.

Mælands bok (2016) om forebyggende helsearbeid handler om hvordan vi, sammen som fellesskap og enkeltpersoner, kan få forløst det helsepotensialet som ligger i hvert menneske til et produktivt og meningsfullt liv. Bare 3 % av de samlede helseutgiftene i Norge går i dag til forebyggende tjenester. De fleste av samfunnets helseressurser går til behandling av sykdom, og ikke til forebygging av dem. Mæland skriver i sin bok «Forebyggende helsearbeid» at ved å bruke mer ressurser på forskning og fagutvikling innen forebyggende helsearbeid, så vil det være en bedre måte å disponere samfunnets midler på. Vi må selvsagt ta oss av de syke som vi har, men en bedre ressursbruk ville være med å forhindre sykdommer før de oppstår. De er som med et barn som kanskje til stadig kom med store kutt på kroppen og ble behandlet på legevakten. Det ville være mer kostnadseffektivt å bruke penger på å barnesikre trappen barnet til stadig faller ned fra, en å dra til legen om og om igjen (Mæland, 2016).

Vi kan, med få unntak, senke risikoen for sykdommer. Hensikten med sykdomsforebyggende arbeid er å forhindre eller å utsette sykdom hos friske mennesker, noe som kalles primær forebygging. En kan også forhindre en sykdom å residivere eller å videreutvikle seg, noe en kaller sekundær sykdomsforebygging. Når vi ønsker å begrense de konsekvensene sykdommen får for funksjon og livskvalitet, kaller vi det tertiær sykdomsforebygging (Mæland, 2016).

Det sykdomsforebyggende arbeidet har sitt utgangspunkt i vitenskapelig kunnskap om hva som er årsak til sykdom og hvordan disse faktorene kan motarbeides. Sykdomsforebygging kan drives på flere nivåer. Vi har høyrisikostراتيجien som har som mål å finne og å gjøre tiltak for de personer i befolkningen som er utsatte for å få en fremtidig sykdom. Befolkningsstrategien er når sykdomsforebyggingen rettes mot hele befolkningen eller utvalgte grupper i befolkningen. Dette kan gjøres gjennom opplysning eller forebyggende tiltak satt i gang av myndighetene, som for eksempel vaksinasjon (Mæland, 2016).

Vi har ett anbefalt vaksinasjonsprogram for barn og unge, som er gratis og frivillig. Det har blitt en økende skepsis mot vaksinasjon, noe som til dels kan forklares med at de sykdommene som vaksinene er designet for å virke mot, nå nærmest er utryddet. I tillegg så

kommer det til stadighet opp nyheter om komplikasjoner og påståtte faremomenter ved vaksinasjon (Mæland, 2016).

Vi fikk en ny lov om folkehelsearbeid i 2011, og de definerer folkehelsearbeid som følgende:

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 (Folkehelseloven, 2011, §3).

Tidligere tiltak i folkehelsearbeidet, som vaksinasjon, står bak det faktum at de fleste av de smittsomme barnesykdommene nå nesten er borte. Dessverre så er gradvis dårligere vaksinasjonsdekning i en kombinasjon med at folk reiser mer, med på å gjøre den norske befolkningen mer utsatt for smittsomme sykdommer. En befolkning består av individer, og det er bare når tilstrekkelig mange påvirkes, at gruppen faktisk oppnår endring.

Flokkimmuniteten er avhengig av hvor stor grad av befolkningen som faktisk vaksinerer seg (Mæland, 2016).

Et effektivt befolkningsrettet forebyggende arbeid må, i følge Mæland, ha sitt utgangspunkt i en solidarisk oppførsel hvor alle er med og ofrer noe av sin individuelle frihet. Dette i bytte mot at fellesskapet, og da den enkelte inkludert, skal få høste en gevinst av det. Han bruker blant annet det at det finnes en fastsatt fartsgrense en må forholde seg til, samt innskrenking av hvor en kan røyke som eksempler på dette (Mæland, 2016).

Mange ser på det som et overordnet etisk prinsipp at samfunnet ikke skal innskrenke den enkeltes valgmuligheter, bortsett fra i de tilfellene der en person sine handlinger vil medføre skade for andre. Derimot så vil folk sine egne valg ofte kunne gå ut over andre. Eksempelvis så vil en selvpåført sykdom bidra til lengre behandlingstid for andre, samt arbeidsfravær, en «regning» som da faller på resten av fellesskapet (Mæland, 2016).

Det er staten som har det overordnede ansvaret for planlegging av folkehelsearbeidet. Vedtak fattes av Stortinget og Regjeringen, mens de iverksettes gjennom departementer, direktorater og andre sentrale organer. FHI er et statlig forvaltningsorgan og kompetanseinstitusjon

underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. De driver hovedsakelig med helseovervåkning og beredskap, forskning og kunnskapsutvikling i tillegg til helsefremmende og forebyggende tiltak i befolkningen. De innehar et stort ansvar for å veilede fagmiljøer og offentligheten på sine områder (Mæland, 2016).

### 2.2.1 Sykepleiers forebyggende funksjon

Sykepleier har en forebyggende funksjon. Rammeverket som definerer denne funksjonen er etisk, juridisk, politisk og faglig forankret. Det de alle stadfester, er at det å utføre forebyggende helsearbeid er en grunnleggende sykepleieoppgave, og det et kreves faglig yrkeskunnskap og forståelse om denne typen arbeid både på et individuelt, organisatorisk og samfunnsmessig plan (ICN, 2016; Kunnskapsdepartementet, 2008; Helsepersonelloven, 1999).

#### 2.2.1.1 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere utgitt av NSF er en adaptasjon av ICN sine retningslinjer. I de yrkesetiske retningslinjene er det definert at sykepleiere har fire grunnleggende ansvarsområder: «Å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse» (ICN, 2007, s 24). Som vi kan se, definerer ICN det å forebygge sykdom som en kjerneoppgave i sykepleierens ansvarsområde. Sykepleiers ansvar for forebyggende arbeid kommer klart frem i paragraf §2.1 i de etiske retningslinjene: «Sykepleieren har ansvar for en sykepleie-praksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (NSF, 2016, §2.1). Videre sier paragraf §5.2 «Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidssedet» (NSF, 2016, §5.2). I paragraf §6.1 står det: «Sykepleieren engasjerer seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt» (NSF, 2016, §6.1). Altså definerer ICN at det å forebygge sykdom, er en grunnleggende ansvarsoppgave for sykepleiere. Når det forebyggende helsearbeidet er grunnleggende sykepleiepraksis, da kan vi forstå det slik av §5.1 og §6.1, at det også er sykepleiers ansvar å engasjere seg og å bidra til god praksis rundt det forebyggende arbeidet både på arbeidsplassen, politisk og i samfunnet.

### 2.2.1.2 Profesjonsutdanningen

I rammeplanen for bachelorutdanningen i sykepleie, defineres det at sykepleie omfatter tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i befolkningen. Det er også et mål at studenten etter endt utdanning, skal kunne «Forstå risikofaktorer av individuell og/eller miljømessig karakter og ha innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom» (Kunnskapsdepartementet, 2008). Videre er det definert i rammeplanen, at studenten skal inneha og kunne anvende faglig kunnskap til å delta og utforme det forebyggende arbeidet både i møte med individet og samfunnet. Rammeplanen for utdanningen av sykepleiere definerer oppsummert forebyggende helsearbeid som sykepleie, og at det etter endt utdanning er forventet at sykepleier har en faglig kompetanse på dette området, både på individ og på samfunns nivå (Kunnskapsdepartementet, 2008).

### 2.2.1.3 Lov om helsepersonell

Som profesjonsutøver av sykepleie med autorisasjon i kongeriket Norge, så faller all yrkesutøvelse inn under lov om helsepersonell. Denne loven forteller oss at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4). Sykepleier er altså juridisk pliktig til å utføre sitt arbeid med faglig forsvarlighet. Når forebyggende helsearbeid er definert som sykepleie, så vil det også følge at det forebyggende helsearbeidet som utføres av sykepleieren, omfattes av dette juridiske kravet om faglig forsvarlighet.

## 2.2.2 Vaksinasjon

Ved de fleste vaksinasjoner, så er det antistoffer i immunforsvaret vårt som gjør at vi kan være beskyttet. Antistoff er proteiner som finnes sirkulerende i kroppen vår som enten frie molekyler, eller på overflaten av B-celler. Antistoffer finnes det i millioner av ulike varianter, dette for at kroppen vår og immunsystemet vårt skal kunne gjenkjenne hver eneste mikrobe som kroppen møter på (Næss, 2018).

Flere sykdommer gir opphav til immunitet, noe som har gitt oss muligheten til å kunne forebygge sykdom gjennom å vaksinere (Næss, 2018). Dette foregår gjennom å «gi» kroppen en svekket mikrobe, deler av en mikrobe, som er et antigen som får immunforsvaret vårt til å

reagere (Harboe & Khan, 2018). Da vil det dannes antistoffer, samt B- og T-celler som har egenskapen å kunne gjenkjenne den levende mikroben den dagen den kommer på ordentlig. Denne «treningen» gjør at immunsystemet vil kunne ha en bedre reaksjon på smitte av denne mikroben ved et senere tidspunkt og kan da forhindre sykdom. Med andre ord vil det være oppnådd immunitet ved vaksinasjon (Næss, 2018).

Å vaksinere seg er en god måte for å forhindre infeksjoner på individnivå. Om et smittestoff bare finnes hos mennesker, om det finnes en effektiv vaksine og om denne gir langvarig immunitet, så er det faktisk mulig å utrydde smittsomme sykdommer gjennom vaksinasjon. Enn så lenge er det, av infeksjonssykdommene, bare kopper som er helt og holdent utryddet. Det lages vaksinasjonsprogram for å kunne få ned forekomsten av sykdom (Næss, 2018).

De aller fleste vaksinene oppnår mer enn bare å gi beskyttelse til den som er vaksinert. Ved at færre mennesker kan smittes på grunn av immunitet gjennom vaksinasjon, så vil det også finnes færre personer å bli smittet av for de som ikke enda er vaksinert. Dette er det som går under navnet flokkbeskyttelse. For å klare å få en sykdom under kontroll, så må en oppnå en vaksinasjonsdekning på 80-95%, avhengig av sykdommens smittsomhet (Næss, 2018).

Vi har hatt vaksiner i en god stund, og de som lager disse har vektlagt å kunne utvikle renere vaksiner. Dette har de gjort gjennom å ta bort komponenter som ikke er essensielle for utviklingen av beskyttende immunitet, noe som har ført til at kraftige vaksinereaksjoner har blitt sjeldnere (FHI, 2018c). I følge FHI så forekommer alvorlige vaksinereaksjoner, varige skader eller dødsfall etter vaksinasjon, svært sjelden (FHI, 2018a). Lokale reaksjoner i form av rødhet, hevelse, varme og/eller smerter på stikkstedet, vil kunne forekomme etter alle vaksiner. I tillegg så kan «uspesifikke symptomer som uro og irritabilitet, uvanlig søvnighet, manglende matlyst, gråt og sutring forekomme», noe som er systemiske vaksinereaksjoner (Bergsager, 2018, kap. 2, avsn. 1).

### 2.2.3 Influensa

Vi som bor i nordlige strøk, opplever hvert år å bli rammet av influensaepidemier i månedene mellom desember og april. Dette kalles sesonginfluensa. Grunnen til at dette er en epidemi år etter år, er at influensavirusene utvikler seg eller muterer seg hvert år, noe som gjør at vår immunitet mot de gamle typene ikke lenger hjelper. Det har gjennom historien funnet sted

flere store influensapandemier, deriblant «spanskesyken» som på verdensbasis tok livet av 25-40 millioner. Influenzavirus A ble for første gang påvist i 1933 og B, i 1940. Begge disse er årsak til sesonginfluensa. Allerede på 1940-tallet ble den første influensavaksinen laget, men tidlig ble man klar over at en jobbet mot et virus som forandrer seg, slik at vaksinen derfor måtte tilpasses de faktiske sirkulerende virusvariantene. Influenzavirusene har siden den tid blitt nøye kartlagt (FHI, 2017b).

Etter å ha gjennomgått influensasykdom med en virusstamme, vil man vanligvis være immun i mange år mot denne stammen, i tillegg til at man også kan være immun mot lignende stammer, såkalt kryssimmunitet. Vår evne til å utvikle denne viktige egenskapen mot sykdom som immunitet er, varierer dessverre med alderen, noe som er en grunn til at eldre er mer utsatt mot influensa. Symptomene ved vanlig influensa pleier å oppstå brått med feber, muskelsmerter, hodepine, nedsatt allmentilstand og tørrhoste som de vanligste symptomene. Utover denne virussykdommen kan det tilkomme komplikasjoner i form av bakterieinfeksjon med lungebetennelse, bihulebetennelse eller ørebetennelse (FHI, 2017b). Ettersom mennesker blir eldre, svekkes immunforsvaret. Dette igjen gjør at en er mer utsatt for infeksjonssykdommer. Eldre står også i fare for å få et mer alvorlig sykdomsforløp, samt vil som oftest også ha dårligere effekt av behandling. Endringer i immunforsvaret som skyldes aldring, vil også gi nedsatt respons på nye vaksiner. På bakgrunn av denne informasjonen, anbefaler FHI at personer over 65 år bør få tilbud om blant annet influensavaksine, da sykdommer hos eldre kan lede til død eller varig redusert funksjonsnivå (FHI, 2018b).

FHI sine smitteforebyggende råd, er å vaske hendene ofte, og å unngå å hoste og nyse på andre. Dette er komplementære tiltak, men også vaksinasjon og medikamenter hører med i denne anbefalingen. Vaksinen har tradisjonelt gitt beskyttelse for 50-80% av de som tar den. Hvor bra immuniteten blir, er avhengig av alder og hvor godt vaksinen og det faktiske influenzaviruset som sirkulerer, stemmer overens. Vaksinen vil ikke beskytte eldre i like stor grad, men den vil gi betydelig redusert risiko for komplikasjoner. FHI anbefaler først og fremst at personer som er i risiko for alvorlig sykdom eller død gjennom å få influensa, årlig bør vaksineres mot sesonginfluensa (FHI, 2017b). I tillegg anbefales også helsepersonell med pasientkontakt da de i stor grad vil være utsatt for smitte, og om de selv blir smittet er det en stor sjanse for at de kan de da være en smittekilde for sine pasienter (Hånes, 2015).



Helse- og omsorgsdepartementet har gitt ut en nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa. Den fungerer i første hånd som en plan for helsesektoren. Den tar sikte på å opprettholde de mest nødvendige tjenestene i et samfunn med meget høyt sykefravær, som ved en pandemi. Den uttrykker at det vil bli en belastning på helsesektoren med ett stort antall syke på samme tid. I tillegg kan en kombinasjon høyt sykefravær og høy arbeidsbelastning føre til det oppstår kvalitetsenkning i behandlingen av de syke. Vaksine vil være det beste tiltaket vi har mot en pandemisk influensa. Solidaritet vil være en av hovedprinsippene for prioritering ved en pandemi, at befolkningen slutter opp rundt de tiltak som gjøres og at helsepersonell stiller på jobb (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Dersom alle vaksinerer seg og mellom 50-80% har effekt av vaksinen, vil en potensielt kunne unngå denne kvalitetssenkningen til en grad (Hånes, 2015).

#### 2.2.4 Influensa Vaksinen

Influensaviruset endrer seg mye, slik at for å kunne fremstille en god vaksine må vaksinen sammensetning evalueres før hver sesong. Evalueringen skjer to ganger i året, før vintersesongen på den nordlige, og på den sørlige halvkule. Influensavaksinen består av tre eller fire vaksinevirus; influensa A(H1N1), influensa(H3N2) og én eller to genotyper influensa B. Effekten av vaksinen det året den gis, vil bestemmes av hvor godt vaksineviruset og det sirkulerende viruset stemmer overens. Vaksinen tar 6 måneder å framstille, noe som gjør at virusstammene til neste sesong, blir utvalgt flere måneder før vaksinen skal tas i bruk (FHI, 2017a).

De aller fleste barn og voksne vil ikke oppleve å få noen reaksjon etter influensavaksinasjon (FHI, 2017c). Det er ikke mulig å bli smittet med influensa gjennom å ta influensavaksinen da det er inaktiverte eller «ødelagte» virus som gis (FHI, 2017f). Centers for Disease Control and Prevention [CDC] henviser til en randomisert kontrollert studie hvor de gav noen forsøkspersoner en saltvannsinjeksjon, og andre en injeksjon influensavaksine. Den eneste forskjellen var økt ømhet i armen og økt rødhet rundt injeksjonsstedet hos de som fikk influensavaksinen. De fant ikke forskjell i symptomer som kroppssmerter, feber, hoste, rennende nese eller sår hals (CDC, 2017). Om noen har blitt smittet, så kan det ha skjedd rett før eller like etter at vaksinen er tatt. På høsten finnes det mange andre virus i omløp som kan gi influensalignende symptomer. Noen får bivirkninger som kan likne lett influensa. Dette er ikke symptomer fremkalt av virus, men immunforsvarets reaksjon på selve vaksinen. Noen

kan bli smittet av en annen type influensavirus, ulikt det en ble vaksinert mot. I tillegg så har vaksinen dessverre varierende effekt, så noen kan bli syke med influensa av den samme influensatypen en egentlig er forsøkt beskyttet mot, av nettopp denne grunn (CDC, 2017).

Arbeidstilsynet utsteder de overordnede anbefalingene om vaksinasjon i samband med yrkesutøvelse. Det er arbeidsgiveren som skal se til at arbeidstakerne får tilbud om sikker og effektiv vaksinasjon, og som skal dekke utgiftene ved vaksinasjon. Helsevesen er blant annet anbefalt å ta influensavaksinen, men det er opp til hver enkelt å ta imot tilbudet om vaksinasjon (FHI, 2018d).

FHI har i sitt kunnskapsgrunnlag for effekt av influensavaksine, basert på studier, funnet at det er indikasjoner på at vaksinerings mot influensa «i noen grad kan redusere omfanget av influensasymptomer og komplikasjoner som lungebetennelse» (FHI, 2017a, kap. 7, avsn. 18). De fant også en sammenheng med risikosenkning for de alvorligere sykdomsforløpene blant pasienter som er innlagt for influensa. FHI etterlyser flere gode studier da enkeltstudiene er små, noe av forskningen er ikke basert på laboratoriebekreftelse samt at noen av studiene ikke har vært omfattende nok i utførelsen (FHI, 2017a).

### **3.0 METODE**

Metode defineres som et verktøy eller fremgangsmåte som vi kan ta i bruk for å undersøke noe vi ønsker et svar på. Dette kan være for å finne ny lærdom eller å styrke og etterprøve eksisterende påstander. Når en velger en metode, så vil det gi uttrykk for en vurdering av hvilken metode som best kan brukes til å innhente den informasjonen vi trenger (Dalland, 2007). I denne bacheloroppgaven har rammen for hvilken metode som tas i bruk, blitt satt av utdanningsinstitusjonen. Den har bestemt at oppgaven er å gjennomføre en litteraturstudie. Litteraturstudie som metode, er å gjennomføre en systematisk gjennomgang og vurdering av kunnskap fra skriftlige kilder. Hensikten er å kunne formidle en oppdatert og klar innsikt i kunnskapen på et område (Frederiksen & Beedholm, 2011).

De spesifikke trinnene som en god litteraturstudie alltid vil inneholde, er ifølge Forsberg og Wengstrøm (gjengitt etter Frederiksen & Beedholm, 2011) samt Thidemann (2015):

- En klar begrunnelse for at studien utføres.
- En klar og avgrenset problemstilling som skal besvares i oppgaven.
- Utarbeide en klar plan og søkestrategi for oppgaven.
- Gjennomføre litteratursøk og identifisere, samle inn og vurdere kvaliteten på den litteraturen som skal inngå i oppgaven.
- Analysere og diskutere materialet og resultatene.
- Sammenfatte/konkludere.

#### **3.1 Manuelle søk.**

Vi startet søkeprosessen med å opparbeide en oversikt over temaet vårt. Frie søk ble gjennomført på Google, Google Scholar, i NSF sitt tidsskrift Sykepleien og i Norsk Legeforening sitt fagblad Tidsskriftet, samt innenfor tradisjonelle nyhetsmedier. Vi har videre gjennom hele arbeidet med oppgaven, forsøkt å holde oss oppdatert på materiale som kunne være aktuelt for oppgaven. Under prosessen har vi fått tilsendt fire kilder fra veileder som også kunne være aktuelle for oppgaven. Det ble i tillegg gjort en gjennomgang av pensumlitteraturen fra studiet for å finne aktuell litteratur.

### **3.2 Systematisk søk.**

For å avgrense søket vårt, utarbeidet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteratursøket. For å finne den nyeste informasjonen om temaet, satt vi en grense på litteratur utgitt etter 01.01.2007. For å sikre kvaliteten på litteraturen og at forskningen opprettholder standarder for etisk forskning, inkluderte vi bare fagfelle-vurdert litteratur. For å kunne utføre en vurdering av relevans for oppgaven vår innenfor tidsrammene, så besluttet vi at det måtte finnes et tilgjengelig abstrakt. For å kunne bruke litteraturen i oppgaven, måtte vi også kunne få tilgang til den fulle publikasjonen. For å kunne forstå og tolke publikasjonen, måtte den være skrevet på engelsk eller nordisk språk. Da dette er en sykepleiefaglig bacheloroppgave og for at vi skulle kunne svare på problemstillingen vår, så anså vi at kunnskap spesifikt om sykepleiere som profesjonsgruppe måtte kunne uthentes. For å bidra til et helhetlig bilde, valgte vi å ha med både kvantitative og kvalitative artikler. Det som kjennetegner den kvantitative metoden, er breddekunnskap, altså at en mottar ett fåtall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter. Det som kjennetegner den kvalitative metoden, er dybdekunnskap, altså at en mottar mange opplysninger fra et fåtall undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

#### Inklusjonskriterier:

- Utgitt mellom 01.01.2007 og 09.04.2018
- Fagfelle-vurdert
- Tilgjengelig abstrakt
- Tilgang til full artikkel
- Utgitt på engelsk eller nordisk språk
- Inneholder informasjon/data spesifikt om sykepleiere som gruppe
- Kvalitativ forskning
- Kvantitativ forskning

#### Ekklusjonskriterier:

- Utgitt før 01.01.2007
- Ikke overførbart til norske forhold

Et systematisk søk ble så utført den 09.04.18. Det ble først gjort et utvalg av databaser. På bakgrunn av tidligere praksis og anbefalinger under studiet, samt Thidemann (2015) sin

beskrivelse av databaser, valgte vi: Cinahl, som dekker sykepleie som fag og tilnærmede profesjoner. Medline/Pubmed, som er databasen som hyppigst benyttet av helsepersonell. The Cochrane Library, som kategoriserer systematiske litteraturstudier. Databasen Epistemonikos ble valgt etter at veileder på skolen hadde vist oss denne og omtalt den meget positivt under veiledning.

For å avgrense og å gjøre søket mer sensitivt, ble det anvendt MESH-termer anbefalt av søkemotoren og relaterte fraser. De følgende søkeordene ble anvendt i den elektroniske søkeprosessen: Nurs\* Influenza og Vaccin\*. Disse ble kombinert med AND/OR. Søket ble avgrenset med søkeparametre fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene der dette var mulig. De elektroniske søkene produserte 140 artikler fra overskrift ble vurdert som mulig relevant for oppgaven. Vi fjernet så duplikater. Overskrift og abstrakt for artiklene ble lest, samt ble en kontroll opp mot inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier utført. Etter dette, ble aktuelle artikler for oppgaven redusert til 12 artikler. Disse 12 artiklene ble så i sin helhet lest og vurdert for inklusjon i oppgaven. Et kjedesøk ble også utført i referanse til disse 12 artiklene etter annet aktuelt materiale, uten å produsere noe materiale som endte opp med å bli inkludert i oppgaven. Av de 12 artiklene, ble til slutt 6 artikler inkludert i oppgaven.

### **3.4 Kildekritikk.**

For å fastslå at en kilde er troverdig, så benytter vi oss av metoden kildekritikk. Vi vurderer og karakteriserer den litteraturen vi har benyttet oss av i oppgaven, og ser om den er relevant til å besvare vår problemstilling. Kildekritikk er viktig i oppgaveskriving, men er også ganske fundamentalt i sykepleieryrket. En må kunne svare både pasienter og pårørende i spørsmål om sykdom og behandling om vi har grunnlag for å gjøre det vi gjør. (Dalland, 2007)

I følge Helsebiblioteket (2016) så er et viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis å gå etter oppsummert forskning, før vi søker etter enkeltstudier. Denne typen kilde står høyere i kunnskapspyramiden. Kunnskapspyramiden er en modell en kan bruke for å velge hva en skal søke etter og hvor en skal finne det. Anbefalingen på Helsebiblioteket er å starte så høyt i pyramiden som mulig. Systematiske oversikter er høyere posisjonert enn studier, altså regnes det som en bedre kilde (Helsebiblioteket, 2016). Sekundærlitteratur handler om at noen andre en de som opprinnelig har gitt ut en tekst, har behandlet den og presentert den i en egen tekst.

Dette gjør at teksten både kan være oversatt og fortolket før en ser på den, noe som gjør at det perspektivet den opprinnelige forfatteren hadde, kan ha endret seg (Dalland, 2007).

### 3.4.1 Kritikk av litteratur

FHI er en nasjonal kompetanseinstitusjon, som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. De har særlig kompetanse på blant annet smittevern og helsefremmende- og forebyggende tiltak i befolkningen. FHI skal mer en noe annet levere kunnskap for folkehelsen og helse- og omsorgstjenester (FHI, 2017g). Vi anser derfor litteratur hentet fra deres hjemmesider, som troverdig. Vi regner deres forståelse av førstehåndskildene som de har lagt til grunn for sitt verk, som bra nok til at vi kan bruke det da FHI har rollen de har. Utover denne kilden, så har vi benyttet oss av pensumlitteratur og litteratur anbefalt oss av vår veileder, litteratur som det er sitert fra i pensum. Dette anser vi også som troverdige kilder. Vi valgte å bruke Nordby (2012) sin bok som en kilde til etikk. Vi opplevde at ved å bruke Nordby (2012) sammen med Nordtvedt (2014) så fikk vi redegjort for etisk dilemma og etisk problem på en utfyllende måte slik at sammen så fikk vi fram en god begrepsavklaring.

### 3.4.2 Kritikk av forskningsartikler

Vi brukte inklusjonskriteriet at artiklene i søket måtte være fagfellevurdert, i tillegg så avgrenset vi søket i tid da det er stor utvikling på området vi undersøker. Med bakgrunn i dette, anser vi artiklene som gyldige. I tillegg så opplever vi at de er i tråd med vår problemstilling slik at derfor ser vi på de som gode kilder til diskusjonen av vår problemstilling. Vi landet på å benytte både kvalitative- og kvantitative studier, i tillegg til å ha to systematiske oversikter, med tanke på kunnskapspyramiden.

## **3.6 Etiske overveielser.**

Vi har benyttet oss av metoden litteraturstudie, slik at de etiske overveielser allerede har blitt gjort i de studiene vi har tatt utgangspunkt i.

## **4.0 PRESENTASJON AV FUNN**

Vi skrev i innledningen at vaksinasjonsdekningen mot influensa er svært lav blant helsepersonell. Med et systematisk søk i forskningslitteraturen har vi undersøkt faktorer som påvirker i hvilken grad sykepleier vaksinerer seg mot influensa. For å presentere funnene har vi vurdert dataene og identifisert kjerne-temaer. Disse temaene blir brukt som overskrifter for å presentere funnene.

### **4.1 Kunnskap.**

Det konkluderes med at høyere kunnskapsnivå om influensa er en signifikant indikator for at sykepleier er vaksinert mot influensa (Smith, Sim, & Halcomb, 2016; Zhang, While, & Norman, 2010). Lavt kunnskapsnivå om influensa forbindes med å ikke være vaksinert (Smith et al, 2016; Zhang et al, 2010). Frykt for bivirkninger eller negative konsekvenser for kroppen er en av de hyppigste barrierene mot å vaksinere seg blant sykepleiere og sykepleierstudenter (Cornally, et al., 2013; Pless, McLennan, Nicca, Shaw, & Elger, 2017; Quinn, 2014; Rhudy, Tucker, Ofstead, & Poland, 2010; Smith et al., 2016). Troen på en egen immunitet mot influensa er et vanlig argument blant sykepleiere mot å vaksinere seg (Quinn, 2014; Smith et al., 2016). Mange sykepleiere vurderer risikoen for å bli syk eller for å smitte andre som lav med et argument i å være «ung og frisk» og «jeg blir aldri syk og har aldri hatt influensa» (Plett et al., 2017; Rhudy et al., 2013; Zhang et al, 2010). Det er en vanlig oppfatning blant sykepleiere at man kan få influensa av å ta vaksinen (Quinn, 2014; Smith et al., 2016). I Rhudy et al. (2010) finner man at alle intervjuobjektene ser på god håndvask som et effektivt alternativ til vaksinerings.

### **4.2 Autonomi.**

Press og oppfordringer til å ta den årlige influensavaksinen, blir oppfattet som noe som truer sykepleierens følelse av selvbestemmelse og rett til autonomi (Quinn, 2014; Pless et al., 2017; Rhudy et al., 2010). Autonomi, uttrykt gjennom å kunne ta egne valg, var særlig viktig for å kunne opprettholde en sterk og sunn kropp (Plett et al., 2017; Quinn, 2014). De myndigheter og autoriteter som fremmet vaksinasjon mot sykepleiere, ble oppfattet som ikke til å stole på.

Disse ble tillagt en motivasjon for å fremme vaksinasjon med hensikter som kunne stå i motsetning til, eller true sykepleiernes autonomi (Plett et al., 2017).

Sykepleiere var negative til obligatorisk vaksinasjon, men ville ha tatt vaksinen om den ble gjort obligatorisk (Rhudy et al., 2010).

#### **4.3 Profesjonsperspektivet.**

Jo sterkere sykepleier sosialt identifiserer seg med sykepleie som profesjon, jo mer ser de det som en profesjonell plikt å vaksinere seg. Dette er en indikator på om de hadde vaksinert seg året før og hadde planer om å vaksinere seg igjen dette året (Smith et al., 2016, Zhang et al., 2010). Mange sykepleiere begrunner valget om å vaksinere med bakgrunn i konsekvenser for sin egen private helse (Rhudy, 2010; Pless et al., 2017; Zhang et al., 2010). Dette gjelder også sykepleie studenter (Cornally et al., 2013). Sykepleiere vurderer valget om å vaksinere seg mot influensa på bakgrunn av ett annet kunnskapsgrunnlag enn den evidensbaserte medisinen alene (Pless et al., 2017; Quinn, 2017).

#### **4.4 Barrier i praksis.**

Noen få sykepleiere forteller at praktiske hindringer som ugunstige arbeidstider, mangel på en nærliggende vaksineringslokasjon og mangel på gratis vaksine, forhindret dem i å vaksinere seg (Rhudy et al., 2010).



## 5.0 DISKUSJON

Vi velger å organisere drøftingen under, med de samme tematiske overskriftene brukt i presentasjon av funn. Under hvert tema vil funnene fra forskningen, bli drøftet i lys av teorien. Hovedproblematikken i form av «sykepleierens forebyggende funksjon og egenvaksinasjon - et etisk dilemma?», drøftes til slutt. Rekkefølgen som vi har organisert temaene og funnene i, tilsier ikke at et tema blir vektlagt høyere betydning enn et annet, men er organisert slik det falt seg naturlig. Sykepleiers forebyggende funksjon er redegjort for i teorikapittelet og vil ikke bli drøftet som sådan.

### 5.1 Kunnskap.

Troen på en egen-immunitet mot influensa er et vanlig argument blant sykepleiere mot å vaksinere seg. (Quinn, 2014; Smith et al., 2016). Mange sykepleiere vurderer også risikoen for å bli syk eller for å smitte andre som lav med bakgrunn i argumenter om å være «ung og frisk» og «jeg blir aldri syk og har aldri hatt influensa» (Plett et al., 2017; Rhudy et al, 2013; Zhang et al, 2010). Disse funnene kan antyde at mange sykepleiere ikke vurderer det å ta influensavaksinen i et forebyggende perspektiv eller at de gir uttrykk for å ikke la behovet om å vaksinere seg i forebyggende perspektiv, veie tyngst. De prioriterer heller sitt personlige perspektiv. Mæland (2016) forteller at for å kunne ha et effektivt befolkningsrettet forebyggende arbeid, så må det ha utgangspunkt i en felles solidarisk oppførsel. Videre så er et av grunnprinsippene innenfor vaksinasjon konseptet om flokkbeskyttelse. Flokkbeskyttelse forutsetter en høy oppslutning for maksimal forebyggende effekt (Næss, 2018). Om vi ser dette i et profesjonsperspektiv, så kan man argumentere for at det oppstår en motsetning mellom teori og praksis. Bakgrunnen er at forebyggende helsearbeid blir, som redegjort i kapittel to, definert som sykepleie. Videre blir autoriserte sykepleiere definert å ha en forebyggende funksjon. En sykepleier er også utfra rammeplanen for utdanningen, forventet å ha god kunnskap om forebyggende arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008). På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at det er en motsetning mellom disse sykepleiernes kunnskaps perspektiv og prinsippene rundt forebyggende arbeid, vaksinasjon og rammene for sykepleiers yrkesutøvelse. Videre finner vi at funnene fremhever at sykepleierne mangler kunnskap om influensa og vaksinen. Litteraturen forteller at sykepleier, som helsepersonell, har en signifikant større smitteforekomst enn andre friske voksne. Betydningen av denne

kunnskapsbristen kan tillegges enda større betydning ved at sykepleiere er den gruppen med hyppigst pasientkontakt (McEwen & Farren, 2005). At sykepleiere baserer valget om å vaksinere seg mot influensa på manglende kunnskapsgrunnlag, får også støtte av funnene vi vil drøfte videre. Frykten for bivirkninger eller negative konsekvenser for kroppen, er en av de hyppigste barrierene mot å vaksinere seg blant sykepleiere og sykepleierstudenter (Cornally et al., 2013; Pless et al., 2017; Quinn, 2014; Rhudy et al., 2010; Quinn, 2014; Smith et al., 2016). Forskningen forteller at noen milde bivirkninger forekommer ved influensavaksinen, men alvorlige bivirkninger er svært sjeldne (FHI, 2017c). Det er en vanlig oppfatning blant sykepleiere at man kan få influensa av å ta influensavaksinen (Quinn, 2014; Smith et al., 2016). Dette er direkte feil, det er ikke mulig å få influensa av å ta vaksinen (FHI, 2017f). En mulig forklaring på utbredelsen av denne myten, er at milde influensalignende symptomer er en mulig bivirkning (CDC, 2017). Videre finner man i Rhudy et al. (2010) at alle intervjuobjektene ser på god håndvask som et effektivt alternativ til vaksinering. Fokuset på god håndhygiene kan argumenteres å være positivt, da det er et viktig tiltak i å hindre smitte. Derimot så er ikke håndvask alene et alternativt tiltak, og er et komplementært tiltak til det å vaksinere seg. Vaksinasjon er vurdert som det mest effektive tiltaket for å hindre smitte (FHI, 2017c). Det overordnede bildet som støttes av funnene, er et lavt kunnskapsnivå om influensa blant sykepleiere. Det er i våre øyne mest interessant satt i sammenheng med de videre funnene. Det konkluderes med at høyere kunnskapsnivå om influensa er en signifikant indikator for at sykepleier er vaksinert mot influensa (Smith et al., 2016; Zhang, et al., 2010). Lavt kunnskapsnivå om influensa forbindes med å ikke være vaksinert (Smith et al., 2016; Zhang et al., 2010). Forskningen har som drøftet, vist at argumentene mot å vaksinere seg er basert på manglende kunnskap. Det vil i våre øyne være naturlig å spekulere i at dersom sykepleiere får bedre kunnskap om temaet, så vil de også vaksinere seg. Disse funnene støtter dette, men uten nærmere undersøkelser om temaet, blir det bare spekulasjon. Det at sykepleiere baserer seg på manglende kunnskap når de vurderer å vaksinere seg, vil vi argumentere for er problematisk. Vi har drøftet at forebyggende helsearbeid er sykepleie, og som autorisert sykepleier skal den forebyggende funksjonen utøves med et krav om faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis, lovfestet og forankret i etikken samt sykepleieteorien. Disse funnene peker på en uønsket avstand mellom rammeverket og yrkesutøvelsen.

## 5.2 Autonomi.

Press og oppfordringer til å ta den årlige influensavaksinen blir oppfattet som noe som truer sykepleiernes følelse av selvbestemmelse og rett til autonomi (Quinn, 2014; Pless et al., 2017; Rhudy et al, 2010). Autonomi for sykepleiere, blir i Quinn (2014) definert som en frihet til å foreta bindende valg som er basert på skjønn i tråd med fagets gjeldende retningslinjer samt en frihet til å handle på disse valgene. På bakgrunn av denne definisjonen, er det forståelig at noen sykepleiere føler seg frustrerte. De oppfatter det som at oppfordringen om å vaksinere seg, er enda et krav i en hverdag der det allerede kreves for mye (Quinn, 2014; Pless et al, 2017). Denne opplevelsen av oppfordringen om å vaksinere seg, kan forstås i sammenheng med at myndigheter og autoriteter som fremmet vaksinasjon mot sykepleiere, ikke ble oppfattet som til å stole på. Disse ble tillagt en motivasjon for å fremme vaksinasjon, med hensikter som kunne stå i motsetning til eller true sykepleiernes autonomi (Plett et al., 2017). Det er vanskelig å umiddelbart peke på hva som er bakgrunnen for denne oppfatningen og hvor utbredt den er. Et mulig perspektiv får vi i Plett et al (2017) hvor en sykepleier forteller at ved å vaksinere seg, vil man miste retten til å være syk og dermed måtte yte ekstra for arbeidsgiver i en hverdag der man allerede føler seg presset uten å få noe tilbake for det. Her velger vi å sitere etikkprofessor Norheim sitt innlegg om etikk og influensavaksinen: «Sparte kostnader for arbeidsgiveren på grunn av redusert sykefravær – det kan jo ikke være et eget etisk argument mot å vaksinere seg?» (Norheim, 2018, avsn. 13). Derimot finnes det ikke noe grunnlag for å tillegge dette perspektivet til sykepleiere generelt. En annen vinkling er å ta utgangspunkt i funnet om at autonomi, uttrykt gjennom å kunne ta egne valg, var særlig viktig for å kunne opprettholde en sterk og sunn kropp (Plett et al, 2017; Quinn, 2014). To av de fire klassiske etiske prinsippene i medisinen, er ikke skade prinsippet og autonomi prinsippet (Nortvedt, 2014). Dersom vaksinen kan skade sykepleier og det blir lagt press på sykepleier om å vaksinere seg, da vil det kunne oppstå et dilemma for sykepleiere som kan forventes å ha et bevisst forhold til disse prinsippene (Kunnskapsdepartementet, 2008). Imidlertid som drøftet i 5.1, bygger argumentet om at egenvaksinasjon er skadelig for sykepleier seg på manglende kunnskap om vaksinen. Sykepleiere var negative til obligatorisk vaksinasjon, men ville ha tatt vaksinen om den ble gjort obligatorisk (Rhudy et al, 2010). Flere artikler konkluderer med at obligatorisk vaksinasjon kunne ha vært et mulig tiltak for å øke vaksinasjonsstatusen blant sykepleiere (Rhudy et al, 2010; Plett et al, 2017). I Norge er all vaksinasjon frivillig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4). Derimot så er det nylig

rapportert at det finnes et flertall på stortinget for å pålegge helsepersonell å ta vaksinerne i barnevaksinasjonsprogrammet (Bergsagel, Helmers, Hofstad, & Hernæs, 2018). Argumentene til stortingspolitikere er forankret i pasientenes rett til beskyttelse. Dette prinsippet er sterkt underbygget av loven om pasientrettigheter (1999). Det blir da et argument om å prioritere pasientens behov, over sykepleiers rett til autonomi. Å si at influensavaksinen burde være obligatorisk, er derimot et kontroversielt tema og det finnes ingen klar konsensus internasjonalt (Dini, et al., 2017). Dette kan bety at vi ikke umiddelbart kan overføre det samme argumentet om obligatorisk vaksinasjon til influensavaksinen.

### **5.3 Profesjonsperspektivet.**

Jo sterkere sykepleier sosialt identifiserer seg med sykepleie som profesjon, jo mer ser de det som en profesjonell plikt å vaksinere seg. Dette er en indikator på at de hadde vaksinert seg året før og hadde planer om å vaksinere seg igjen dette året (Smith et al, 2016, Zhang et al, 2010). Med utgangspunkt i Grimen (2008), så er grunnlaget for profesjonsetikkens eksistens at oppdragsgiveren får det den forventer. Dette illustreres i praksis som drøftet ved at sykepleier som mottar autorisasjon, blir ansvarliggjort av et lovverk og etiske retningslinjer. Disse funnene støtter opp om at sykepleiere som har en sterkere tilknytning til profesjonsrollen, har en sterkere bevissthet rundt sin rolle og sitt ansvar. Dette kan ses i lys av hvordan Grimen (2008) forklarer at du er ansvarlig for om en handling er moralsk dersom du er adressat for profesjonsmorske normer og verdier. Som sykepleier er man adressat for de etiske prinsippene og verdiene som ligger til grunn for profesjonsnormen. Grimen (2008) forteller videre at en person kan være adressat, uten å anse det slik selv eller være bevisst rollen. Mange sykepleiere begrunner valget om å vaksinere seg med bakgrunn i konsekvenser for sin egen private helse (Rhudy, 2010; Pless et al, 2017). Dette gjelder også sykepleiestudenter (Cornally et al, 2013). Med bakgrunn i dataen ser vi her eksemplifisert at sykepleiere ikke tenker i et profesjonsperspektiv rundt egenvaksinasjon. Bakgrunnen for dette kan være som drøftet, at sykepleiere mangler kunnskap eller nedprioriterer det forebyggende perspektivet, samt profesjonsperspektivet. Sykepleiere vurderer valget om å vaksinere seg mot influensa på bakgrunn av ett annet kunnskapsgrunnlag enn den evidensbaserte medisinen. (Pless et al., 2017; Quinn, 2014). Dette kan argumenteres for å bryte både med de etiske og juridiske kravene til sykepleiers yrkespraksis av Helsepersonelloven (1999) og ICN (2016) diskutert i 5.1 og 5.2. Imidlertid foreslår Quinn (2014) at funnene i sin forskning er i tråd med

at sykepleiers beslutningsprosess er definert av 4 fundamentale metoder for «å vite». Det er empiriske, personlige, etiske og estetiske metoder fremmet av Carper (Gjengitt etter Quinn, 2014). Quinn foreslår at deltagerne kan ha brukt dette helhetlige perspektivet for å forme avgjørelsene sine. Denne måten å forstå kunnskap på, har sterke paralleller til det å jobbe kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis er definert av å ta avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning (Helsebiblioteket, udatert). Ikke desto mindre, som diskutert i 5.1 og 5.2, er den empirisk baserte kunnskapen blant sykepleiere om influensa og vaksinasjon, mangelfull og Quinn (2014) konkluderer selv med at det er fremtredende kunnskapshull om influensa blant sykepleierne.

#### **5.4 Barrier i system og praksis.**

Et svært lavt antall sykepleiere forteller at praktiske hindringer som ugunstige arbeidstider, mangel på en nærliggende vaksineringslokasjon og mangel på gratis vaksine forhindret dem i å vaksinere seg (Rhudy et al, 2010, Zhang et al, 2010).

Oslo universitetssykehus økte i årets sesong vaksineringsdekningen til over 50% og siteres på at arbeid med å gjøre vaksinen lettest mulig tilgjengelig, har vært en viktig faktor i arbeidet (Hernæs, 2018). Flere studier forteller også at for over 80% av de spurte, er vaksinen gratis og vaksinasjonsprogrammene omtalt som praktiske (Zhang et al, 2010). I Norge er det slik at når helsepersonell med pasientkontakt anbefales årlig vaksinasjon mot influensa, så er det arbeidsgiver som har ansvar for å tilby vaksine til sine ansatte, samt å dekke utgifter knyttet til vaksine og administrering av denne (FHI, 2018d).

#### **5.5 Sykepleierens forebyggende funksjon og egenvaksinasjon – et etisk dilemma?.**

Vi skiller i vår redegjørelse mellom et etisk dilemma og problem. Mens et etisk problem bærer preg av usikkerhet og tvil mellom handlingsalternativer, så oppstår et etisk dilemma først når alle mulige handlingsalternativer er kartlagt og disse handlingsalternativene utelukker hverandre. Det bærer preg av å være et valg mellom to onder (Nordtvedt, 2012; Nordby, 2012). Et dagsaktuelt eksempel på et etisk dilemma etter nevnte definisjonen, er det som har vært aktuelt i forbindelse med godkjenningssprosessen av nye dyre medisiner til bruk

i Norge (Bordvik, 2018). Der man får en konflikt mellom det å hjelpe flest mulig med et begrenset budsjett og det å gi best mulig hjelp til det enkelte individ og man ender opp med å måtte gjøre en prioritering. Dette viser godt hvordan et etisk dilemma bygger på to handlingsalternativer som utelukker hverandre.

Funnene diskutert under kapittel 5.1 belyser i våre øyne ingen kunnskapsbaserte argumenter mot egenvaksinasjon. Vi vil fremheve at funnene viser at argumentene mot å vaksinere seg, baserer seg på manglende kunnskap. Det kan, som en konsekvens, få egenvaksinasjon til å fremstå som et etisk dilemma for den enkelte. Eksempelvis om man tar utgangspunkt i at vaksinen kan påføre en influensa, så vil egenvaksinasjon kunne stå i konflikt med å bevare egen helse. Derimot er det slik at når argumentene baserer seg på manglende kunnskap, så vil det, etter vår definisjon på et etisk dilemma, ikke kunne belyse motstridende handlingsalternativer der alle alternativer er godt kartlagt. Det oppstår da et falskt dilemma uten validitet, og det er da i vårt perspektiv ikke et etisk dilemma. Vi drøftet videre under teamet kunnskap, at noen sykepleieres bakgrunn for hvorfor de burde vaksinere seg, står i motsetning til prinsipper i forebyggende arbeid og vaksinasjon. Videre er det også en motsetning mellom sykepleiers kunnskap og kravene til sykepleiers yrkesutøvelse. Vi velger å drøfte disse funne videre opp mot profesjonsperspektivet i et senere avsnitt.

Problemstillingen kan, sett i lys av funnene diskutert i kapittel 5.2, presenteres som et etisk problem, hvor det er to handlingsalternativer som utelukker hverandre. Det er å vaksinere seg eller ikke å ikke vaksinere seg. For å fremstå som et etisk dilemma, så har vi definert at det ene valget ikke må fremstå som mer ønskelig enn det andre. Hvordan påvirker funnene om autonomi dette? I Norge er valget om å vaksinere seg frivilling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er individets rett å si nei til å vaksinere seg. Bakgrunnen for valget om å vaksinere seg i denne konteksten, er FHI sin sin anbefaling om at helsepersonell med pasientkontakt bør vaksinere seg mot influensa (Hånes, 2015). Det følger da at avgjørelsen om å vaksinere seg, er tatt i rollen som sykepleier. Yrkesutøvende sykepleier er etisk og juridisk pliktig til å arbeide kunnskapsbasert og faglig forsvarlig (Helsepersonelloven; ICN, 2016). For å skape et etisk dilemma, med bakgrunn i dette, så tenker vi at en sykepleier som argumenterer for ikke å vaksinere seg med bakgrunn i sin autonomi, må kunne komme med et motargument. Argumentet må da også etisk og juridisk kunne forsvares med faglig kunnskap, om egenvaksinasjon skal kunne nedprioriteres med

bakgrunn i retten til autonomi. Videre må vedkommende også kunne argumentere hvorfor dette valget prioriteres over en faglig og kunnskapsbasert anbefaling. Om sykepleiere kan argumentere på en måte som oppfyller disse rammene, vil det etter vår definisjon oppstå et etisk dilemma. Sykepleier har da helt klart en lovfestet rett til å selvbestemme, men som drøftet i kapittel 5.1 baserer mange sykepleiere valget sitt på manglende kunnskap om temaet. Som funnene under teamet kunnskap underbygger, så er det slik at om kunnskapsgrunnlaget endres, da vil det være en sterk indikator for at også handlingen endres. Som vi tidligere har fremmet, mener vi at om handlingsalternativene ikke er tilfredsstillende kartlagt, så kan det skape et falskt dilemma. Funnene under autonomi bygger videre opp om at dette er tilfellet. For noen sykepleiere fremstår valget om å vaksinere seg som et etisk dilemma, der anbefalingen om å vaksinere seg nedprioriteres i favør av prinsippet om autonomi. Vi mener derimot at dette perspektivet mangler validitet. Dette fordi funnene om sykepleiers manglende kunnskap viser at argumentene er en kontrast til kravene til sykepleiers yrkesutøvelse fremsatt over. Det oppstår i våre øyne ikke et etisk dilemma rundt sykepleiers forebyggende funksjon og egenvaksinasjon av funnene under autonomi. Det presiseres at dette tar forbehold i prinsippet om at vaksinasjon er frivillig. En diskusjon rundt obligatorisk vaksinasjon, er utenfor denne oppgavens rammer.

Vi kommer nå tilbake til funnene fra 5.1 om at sykepleiers valg for å ikke vaksinere seg, står i motsetning til prinsipper om forebyggende arbeid og vaksinasjon. Videre er valget også basert på manglende kunnskap, noe som står i motsetning til kravene om sykepleiers yrkesutøvelse. Det mener vi er viktig å se på i lys av funnene under profesjonsperspektivet. Oppsummert forteller funnene at mange sykepleiere ikke vurderer egenvaksinasjon primært ut ifra et profesjonsperspektiv. Dersom sykepleiere faktisk ser det ut ifra et profesjonsperspektiv, er det en indikator for at de vaksinerer seg. Dette tenker vi kan fremstå som et etisk dilemma. Dette skyldes det som Grimen (2008) skriver, at profesjonsmoralen sin primære funksjon er å fastsette normene for samarbeid mellom profesjonelle og klienter. Profesjonsmoralen er spesiell i og med at profesjonen sitt politiske oppdrag og klientens perspektiv, kommer foran profesjonsutøverens perspektiv. Det gir grunnlag for at profesjonsmoralen skal fremstå som troverdig. Som følge av Grimen (2008) sitt perspektiv, tar vi utgangspunkt i at sykepleie som profesjon, har legitimitet i et politisk definert samfunnsoppdrag. Innenfor rammene av denne oppgaven, så er samfunnsoppdraget forstått som at sykepleier utfører sin forebyggende funksjon. Når sykepleiers bakgrunn for å vaksinere seg står i motsetning til prinsipper om

forebyggende arbeid og vaksinasjon, da bryter sykepleier med samfunnsoppdraget. Videre vil det at valget om å vaksinere seg primært er tatt i profesjonsutøverens perspektiv og ikke i den politiske oppdragsgiverens perspektiv, kunne true troverdigheten til profesjonsmoralen. I våre øyne så bygger funnene opp om at profesjonsmoralen og profesjonsoppdraget utelukker for hvordan sykepleierne prioriterer sitt valg om egenvaksinasjon. Dette fremstår med bakgrunn i vår definisjon, som et etisk dilemma.

Det siste funnet drøftet under temaet profesjonsperspektivet, er at kunnskapen sykepleiere baserer seg på, ikke er grunnnet i den evidensbaserte medisinen som tidligere drøftet er det en klar motsetning til kravene om kunnskapsbasert praksis og faglig forsvarlig praksis.

Kunnskapsbasert praksis rommer, som nevnt, flere elementer enn bare den evidensbaserte medisinen. Derimot, som drøftet i 5.1, er ideer som at man kan få influensa av å vaksinere seg udiskutabelt feil med bakgrunn i teorien. Når det fører til at sykepleier velger å ikke vaksinere seg i motsetning til å utøve sin forebyggende funksjon, da oppstår det i våre øyne her også et etisk dilemma knyttet til profesjonsperspektivet.

Vi drøftet over at funnene om at sykepleiers valg for å ikke vaksinere seg, står i motsetning til prinsipper i forebyggende arbeid og vaksinasjon. Videre er valgene også basert på manglende kunnskap, noe som står i motsetning kravene til sykepleiers yrkesutøvelse. Dette mener vi er viktig å se på i lys av funnene under profesjonsperspektivet. Disse belyser at mange sykepleiere ikke vurderer egenvaksinasjon primært i et profesjonsperspektiv og videre om de ser det i ett profesjonsperspektiv, så er det en indikator for at de vaksinerer seg. Vi har redegjort for at profesjonsmoralen sin primærere funksjon er å fastsette normene for samarbeid mellom profesjonelle og klienter. Profesjonsmoralen er spesiell, i og med at profesjonen sitt politiske oppdrag og klientens perspektiv kommer foran profesjonsutøverens perspektiv. Dette er et grunnlag for at den skal fremstå som troverdig (Grimen, 2008). Som følge av Grimen sitt perspektiv, har sykepleie som profesjon legitimitet i et politisk definert samfunnsoppdrag. Innenfor rammene av denne oppgaven, så er dette forstått som å handle i tråd med sin forebyggende funksjon. Når sykepleiers bakgrunn for å vaksinere seg står motsetning til prinsipper i forebyggende arbeid og vaksinasjon, da bryter sykepleier med samfunnsoppdraget. Videre vil det faktum at valget om å vaksinere seg primært er tatt i profesjonsutøverens perspektiv og ikke i den politiske oppdragsgiverens perspektiv, kunne true troverdigheten til profesjonsmoralen. I våre øyne så bygger funnene opp om at profesjonsmoralen og profesjonsoppdraget er utelukket i omstendighetene for sykepleiers



valg. Dette fremstår da med bakgrunn i vår definisjon, som et etisk dilemma. Til slutt så har vi drøftet at sykepleiers kunnskap om influensa, er mangelfull. Sett i sammenheng funnet om at kunnskapen sykepleiere baserer seg på, ikke er grunnet i den evidensbaserte medisinen, så er dette i klar motsetning til de drøftede kravene om kunnskapsbasert praksis og faglig forsvarlig praksis. Som allerede drøftet, rommer kunnskapsbasert praksis flere elementer enn bare den evidensbaserte medisinen. Derimot, når kunnskap som at man kan få influensa av å vaksinere seg er udiskutabelt feil, med bakgrunn i teorien, og det fører til at sykepleier velger å ikke vaksinere seg, så er dette i motsetning til å utøve sin forebyggende funksjon, og da oppstår det i våre øyne i et profesjonsperspektiv, et etisk dilemma.

Vi finner at ingen av funnene eller teorien understøtter at organisatoriske, økonomiske eller praktiske forhold i noen betydelig grad påvirker sykepleiers valg om å vaksinere seg i motsetning til sykepleiers forebyggende funksjon. Det er derfor ikke et grunnlag for et etisk dilemma i lys av disse faktorene.

## 6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Vi har i denne oppgaven utført en litteraturstudie for å kartlegge hva som er bakgrunnen for sykepleiers valg om å vaksinere seg mot influensa. Videre ville vi gjennom problemstillingen svare på om dette, satt i sammenheng med sykepleiers forebyggende funksjon, skaper et etisk dilemma. Vi har funnet at forskningen tyder på at sykepleiere baserer valget om å vaksinere seg mot influensa, på mangelfull kunnskap. Videre er et godt kunnskapsnivå en sterk indikator på at sykepleiere vil velge å vaksinere seg. Når det gjelder sykepleiers autonomi, så bygger forskningen opp om at autonomi prinsippet er en viktig faktor i forhold til å begrunne valget om å ikke vaksinere seg. Vedrørende profesjonsperspektivet, så viser forskningen at dette for mange sykepleiere ser ut til å være fraværende eller nedprioritert ,når de velger å ikke vaksinere seg. Vi identifiserer ikke i noe særlig grad at forskningen antyder at økonomiske, praktiske eller systemiske hindringer påvirker sykepleieres valg om å vaksinere seg. Vi finner at det kan være en sammenheng mellom at sykepleiere har manglende kunnskap og at det å vaksinere seg i tråd med sin forebyggende funksjon, kan fremstå som et etisk dilemma, men at dette perspektivet da mangler validitet. Som konsekvens av dette, bygger forskningen opp om at sykepleiers autonomi blir feilaktig brukt til å begrunne valget om å ikke vaksinere seg. Bakgrunnen for at vi mener autonomi prinsippet blir brukt feilaktig, er at sykepleier sitt valg om å vaksinere seg, er i kraft av å være autorisert sykepleier. Det er klare etiske og juridiske rammer for autoriserte sykepleiere. De rammene som styrer profesjonsperspektivet, viser seg basert på funnene å være fraværende eller nedprioritert i mange sykepleieres vurdering om egenvaksinasjon.

Vi vil dermed forsiktig konkludere med at det, for den enkelte sykepleier, så kan valget om egenvaksinasjon satt opp mot sykepleiers forebyggende funksjon fremstå som et etisk dilemma. Dette har derimot ikke noen forankring i etikken, teorien eller profesjonsrollen. Videre vil vi i et profesjonsperspektiv, klart konkludere med at det oppstår et etisk dilemma. Det er belyst i forskningsfunnene, at autoriserte sykepleiere i stor grad ikke tar sitt valg om egenvaksinasjon i perspektivet som profesjonsutøvere. Det står i klar motsetning til det juridiske, teoretiske og etiske rammeverket for sykepleiers forebyggende funksjon.

## 7.0 LITTERATURLISTE

- Bergsagel, I., Helmers, A.-K. B., Hofstad, E., & Hernæs, N. (2018, Januar 10). *Flertall for å pålegge helsepersonell vaksinering*. *Sykepleien Nyheter*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/01/flertall-paegge-helsepersonell-vaksinering>
- Bergsager, G. (2018, Februar 5). *Folkehelseinstituttet. Bivirkninger etter vaksinasjon*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/bivirkninger-etter-vaksinasjon/>
- Bordvik, M. (2018, Mai 11). *Dyr ALS-medisin skal opp i Beslutningsforum*. *Dagens Medisin Artikler*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/05/11/dyr-als-medisin-skal-opp-i-beslutningsforum/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017, Oktober 3). *Prevent Flu*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/flu/about/qa/misconceptions.htm>
- Cornally, N., Ann Deasy, E., McCarthy, G., McAuley, C., Moran, J., Weathers, E., & McAuley, C. (2013). Student nurses' intention to get the influenza vaccine. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(21), 1207-1211. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.21.1207>.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving (4. utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dini, G., Toletone, A., Sticchi, L., Orsi, A., Bragazzi, N. L., & Durando, P. (2017). Influenza vaccination in healthcare workers: A comprehensive critical appraisal of the literature. *14:3*, 772-789. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1348442>.
- Folkehelseinstituttet. (2017a, Mai 18). *Effekt av influensavaksine*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/kunnskapsgrunnlag/influensa/>
- Folkehelseinstituttet. (2017b, Juni 2). *Influensavaksine - veileder for helsepersonell*. Hentet fra <https://fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/influensavaksinasjon---veileder-for/>

- Folkehelseinstituttet. (2017c, Juli 19). *Spørsmål og svar om influensa og influensavaksinasjon*. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/influensa/sesonginfluensa/sporsmal-og-svar-om-influensa/>
- Folkehelseinstituttet. (2017d, August 31). *Influensavaksine til helsepersonell*. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensavaksine/influensavaksine-helsepersonell/>
- Folkehelseinstituttet. (2017e, August 31). *Influensavaksine til risikogrupper*. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensavaksine/influensavaksine-risikogrupper/>
- Folkehelseinstituttet. (2017f, September 13). *Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/kunnskapsgrunnlag/influensavaksine-til-helsepersonell---kunnskapsgrunnlaget/#sikkerhet-blant-helsepersonell>
- Folkehelseinstituttet. (2017g, Oktober 23). *Strategi, visjon og tildelingsbrev*. Hentet fra <https://www.fhi.no/om/om-fhi/fhi/org-visjon/>
- Folkehelseinstituttet. (2018a, Februar 5). *Bivirkninger etter vaksinasjon*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/bivirkninger-etter-vaksinasjon/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b, Februar 5). *Vaksinasjoner av personer 65 år og eldre*. Hentet fra <https://fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon-i-ulike-livsfaser/vaksinasjon-av-personer-65-ar-og-eldre/>
- Folkehelseinstituttet. (2018c, Februar 5). *Vurdering av kontraindikasjoner*. Hentet fra <https://fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/vurdering-av-kontraindikasjoner/>
- Folkehelseinstituttet. (2018d, Mars 15). *Yrkesvaksinasjon*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/yrkesvaksinasjon/yrkesvaksinasjon/>
- Folkehelseloven. (2011, Juni 24). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

- Frederiksen, K., & Beedholm, K. (2011). Litteraturreview. I S. Glasdam, *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder* (ss. 47-54). København: Nyt Nordisk Forlag.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. I A. Molander, & L. I. Terum, *Profesjonstudier* (ss. 144-160). Oslo: Universitetsforlaget.
- Harboe, M., & Khan, A. Z. (2018, Februar 20). *Store Medisinske Leksikon Immunologi*. Hentet fra <https://sml.snl.no/antigen>
- Hauge, S. H. (2017, Mai 22). *Folkehelseinstituttet. Influenza: Overvåking, rådgivning, beredskap og behandling*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/presentasjoner/smitteverndagene-2017-presentasjoner/smitteverndagene-2017-14.-arets-influensasesong.-siri-hauge.pdf>
- Hånes, H. (2015, August 28). *Folkehelseinstituttet. Fakta om influensa*. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/influensa/seasoninfluensa/influensa---faktaark/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, Oktober 23). *Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal\\_beredskapsplan\\_pandemisk\\_influensa\\_231014.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf)
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 7). *Kildevalg*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsebiblioteket. (udatert). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2018, Mars 8). *Autorisasjon og lisens*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/autorisasjon-og-lisens/sykepleier>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hernæs, N. (2017, Desember 20). *Sykepleien Nyheter. Sykepleiere blir lettere influensasmittet*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/11/sykepleiere-bli-lettere-influensasmittet>

- Hernæs, N. (2018, Mai 2). *Sykepleien Nyheter*. 54 prosent tok influensavaksine på OUS. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/04/54-prosent-tok-influensavaksine-pa-ous>
- International Council of Nursing. (2016). *ICNs Etiske regler for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 1 - sykepleiers grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kunnskapsdepartementet. (2008, Januar 25). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- McEwen, M., & Farren, E. (2005, Juni 24). *Actions and Beliefs Related to Hepatitis B and Influenza Immunization Among Registered Nurses in Texas*. *Public Health Nursing*, 22: 230-239. Hentet fra <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220306.x>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Næss, L. M. (2018, Februar 5). *Folkehelseinstituttet. Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell: Immunitet og hvordan vaksine virker*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/immunitet-og-hvordan-vaksiner-virker/>
- Nordby, H. (2012). *Etiske dilemmaer i helse- og omsorgsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norheim, O. F. (2018, Januar 26). *Dagens Medisin Debatt og kronikk. Test dine egne etiske holdninger!* Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/26/test-dine-egne-etiske-holdninger/>
- Norsk Helseinformatikk. (2014, Februar 23). *Influenza*. Hentet fra <https://nhi.no/animasjoner/infeksjoner/influenza/>
- Norsk Helseinformatikk. (2016, November 7). *Vaksinasjonsprogrammet*. Hentet fra <https://nhi.no/familie/barn/barne-og-ungdomsvaksinasjon/vaksinasjonsprogrammet-i-norge/?page=4>

- Norsk Sykepleier Forbund. (2011, August 9). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>
- Nortvedt, P. (2014). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pless, A., McLennan, S. R., Nicca, D., Shaw, D. M., & Elger, B. S. (2017). Reasons why nurses decline influenza vaccination: a qualitative study. *BMC Nursing*, 1620. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0215-5>.
- Quinn, G. (2014). Nurses' experiences of the seasonal influenza vaccine in residential care. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(17), 942-948. doi:10.12968/bjon.2014.23.17.942.
- Rhudy, L., Tucker, S., Ofstead, C., & Poland, G. (2010). Personal choice or evidence-based nursing intervention: nurses' decision-making about influenza vaccination. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 7(2), 111-120. doi:10.1111/j.1741-6787.2010.00190.x.
- Smith, S., Sim, J., & Halcomb, E. (2016). Nurses' knowledge, attitudes and practices regarding influenza vaccination: an integrative review. *J Clin Nurs*, 25: 2730-2744. doi:10.1111/jocn.13243.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Zhang, J., While, A. E., & Norman, I. J. (2010). Knowledge and attitudes regarding influenza vaccination among nurses: a research review. *Vaccine*, 28 (44) 7207-7214. doi:10.1016/j.vaccine.2010.08.065.