



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 432

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9739

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 10

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Vaksineskepsis – Det store
forebyggingsparadokset

Vaccine hesitancy – The big prevention
paradox

Kandidatnummer: 432

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Introduction: World health organization has launched that vaccine hesitancy is one of the greatest threats to world health. Vaccines have become so effective that some parents do not see the reason why they should vaccinate their children. Nurses are important when it comes to prevention work in society, therefore this is something that should concern us.

Aim: The purpose of this paper is to examine how nurses can prevent parental vaccine hesitancy using communication interventions.

Theory: Relevant theory is Joyce Travelbees nursing theory, communication skills, information skills, ethical guidelines for nurses and Norwegian laws.

Method: This is a litterateur study including four articles in total. Two are systematic reviews, one is a qualitative study, and one is a quantitative study. The databases that were searched is Medline, Cinahl, Cochrane library, Epistemonikos and SveMed+.

Result: The results showed that there are no measurable findings that demonstrate effective communication interventions to reduce vaccine hesitancy. However, findings showed that trust and good relations between health professionals and parents are an important factor in the choice to vaccinate. In addition, parents find that the information was lacking, that it came too late, and that they did not feel the information was tailored their situation. Parents need to be able to ask questions, as well as they need to make the decision themselves, and not feel like it is forced on them. Health professionals in Norway shows an active role in the decision-making, give the parents time, and opens up for questions.

Conclusion: There is no high quality evidence that communication interventions is effective to prevent parental vaccine hesitancy. Further research is needed to secure high immunization.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
Vaksinens historie.....	1
Sykepleiefaglig relevans	1
Avgrensing	2
Problemstilling	2
2.0 Teori	3
2.1 Vaksinasjon	3
Vaksinering, immunisering og vaksineskepsis.....	3
Flokkimmunitet og dekningsgrad	4
2.2 Kommunikasjon	5
Profesjonell, hjelpende kommunikasjon.....	5
Informasjon	6
2.3 Sykepleieteori	6
Joyce Travelbee – mellommenneskelige forhold i sykepleie	6
2.4 Sykepleieres rettigheter og retningslinjer	7
3.0 Metode	8
3.1 Litteraturstudie.....	8
3.2 Søk	9
PICO.....	9
Søkeord og MESH-terms	9
Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	9
Databaser	10
3.3 Kritisk vurdering og relevans av kilder	11
3.4 Analyse	11

3.5 Etske overveielser	12
4.0 Resultat	13
Foreldres opplevelser i møte med vaksinasjon	13
Foreldres behov for informasjon	14
Effekten av kommunikative intervensjoner	16
Helsepersonell sin praksis i Norge	16
Håndtering av motforestillinger og skepsis	17
5.0 Diskusjon	17
Betydningen av tillit og relasjoner	17
Ønsker å ta valget selv	19
Informasjon og bruk av kommunikasjon	20
Hvorfor er dette relevant for vanlige sykepleiere?	23
Fremtidige konsekvenser	24
Metodediskusjon	25
6.0 Konklusjon	27
Referanseliste	28

Vedlegg:

Vedlegg I – Flytdiagram	i
Vedlegg II – Søkehistorikk	ii
Vedlegg III – PICO-skjema	iii
Vedlegg IV – Litteraturmatrise	iii

1.0 Innledning

Vaksinens historie

I 1796 brukte Edward Jenner for første gang smitte av kukopper for å fremkalle antistoffer mot koppesyken, og skapte med dette historiens første vaksine. Den andre vaksinen mot kolera kom i 1879, og siden dette har det blitt utarbeidet en rekke vaksiner. Vaksinen som Jenner fremkallet i 1796 har i senere tid utryddet koppesyken som foreløpig eneste sykdom. Vi har mye å takke Jenner for. Omfattende vaksinasjonsprogram har vært med på å gjøre store deler av verdens befolkning immune mot en rekke alvorlige sykdommer som for få tiår siden tok livet av mange mennesker (Aastorp, 2004). Vaksiner er et godt eksempel på et forebyggingsparadoks. En vellykket forebygging gjør at vi glemmer at den forebyggende tilstanden eksisterer. Dette gjør at eventuelle negative effekter av legemidlet, ofte tar stor plass (Nøkleby & Bergsaker, 2006). Selv om gjennomføringen av vaksinasjonsprogrammer er blant de mest vellykkede forebyggende tiltakene vi har, og bivirkningene stadig blir mindre, oppleves det at foreldres frykt og skepsis mot å vaksinere barna sine øker (Rygg, 2006).

Ved årsskiftet 2018/2019 presenterte Verdens helseorganisasjonen (WHO) de ti største helsetruslene i 2019. Blant luftforurensing, antibiotikaresistens og ebolautbrudd blir vaksinemotstand trukket. Vaksinemotstand defineres av WHO som å unngå eller nekte å bli vaksinert på tross av tilgjengelige vaksiner. Videre beskriver de vaksiner som en av de mest kostnadseffektive måtene å unngå sykdom på da det forhindrer mellom to og tre millioner dødsfall hvert eneste år (World Health Organization, 2019).

Sykepleiefaglig relevans

Som sykepleiere har vi et spesielt ansvar når det kommer til å forebygge sykdom og fremme helse. Joyce Travelbee hevder at sykepleiere sin oppgave er å hjelpe mennesker og samfunnet med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 1996, s. 7). Som tidligere nevnt er etablerte vaksinasjonsprogram et av de fremste forebyggingsiltakene som finnes da det hindrer spredning av sykdom. Sykepleiere er en av yrkesgruppene som jobber tettest på pasienter og pårørende. For mange har sykepleiere stor autoritet når det kommer til å svare på usikkerhet knyttet til helse. Dette gjør at rollen

som sykepleier er unik når det kommer til kunnskapsformidling om tema som for eksempel vaksiner. Ikke bare i møte med pasienter på jobb, men også i samfunnet generelt.

I de yrkesetiske retningslinjene til Norsk sykepleierforbund er det beskrevet hva som er god profesjonsetikk og hvordan disse fremmer god praksis. Retningslinjene er et godt og viktig verktøy for enhver sykepleier som utøver praksis i Norge. Det står skrevet i retningslinjene at «Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5). Spesielt er aspektet med å fremme helse og forebygge sykdom er viktig når det kommer til temaet i denne oppgaven. Vaksiner er en viktig årsak til at en rekke dødelige sykdommer er under kontroll i Norge (Blystad & Steen, 2014, s. 283). Ved godt etablerte vaksinasjonsprogram forebygger man ikke bare sykdom, man fremmer også helse. Å motvirke og forhindre vaksineskepsis er derfor et sykepleieansvar.

Avgrensing

I møte med vaksineskepsis er presis og god kommunikasjon essensielt. Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene sykepleiere har. Derfor skal jeg ta for meg kommunikasjon som teori, og hvordan bruke kommunikasjon til å møte mennesker ved vanskelige valg. I tillegg skal jeg trekke inn Joyce Travelbee sin sykepleieteori om mellommenneskelige forhold. Jeg ønsker også å finne ut hvilke faktorer som påvirker foreldre i valget om å vaksinere barna sine. Samtidig ønsker jeg også å finne ut hvordan sykepleiere best mulig kan bruke kommunikasjon til å motvirke vaksineskepsis, slik at foreldre velger å vaksinere barna sine. På grunn av dette har jeg valgt å formulere følgende problemstilling for å undersøke den relevante tematikken:

Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon motvirke vaksineskepsis hos foreldre?».

2.0 Teori

2.1 Vaksinasjon

Vaksinering, immunisering og vaksineskepsis

Ved en vaksinasjon tilføres kroppen en mikrobe (virus, parasitt, sopp eller bakterie) som enten er svekket, delt opp eller som er lik en bestemt mikrobe. Ved tilføring av denne vil kroppen danne antistoffer og spesielle celler som vil gjenkjenne den ekte mikroben dersom kroppen skulle bli eksponert ved et senere tidspunkt. Dette vil føre til at immunsystemet raskt vil reagere og starte en respons som hindrer utvikling av den aktuelle sykdommen som mikroben utløser. Et annet begrep for vaksinering er kunstig aktiv immunisering.

Motsetningen til dette er naturlig aktiv immunisering, som er en reaksjon som skjer når kroppen utsettes for et smittestoff og kroppen danner antistoffer på en naturlig måte. En annen form for immunisering er passiv immunisering, som sees ved for eksempel svangerskap eller amming. Vaksinering utføres vanligvis på friske personer, og skal ikke påføre personen alvorlige plager (Blystad & Steen, 2014, s. 282-283).

I Norge har alle barn som bor eller oppholder seg midlertidig i landet rett til å få vaksinene som er i barnevaksinasjonsprogrammet. Det er kommunene sin plikt å tilby vaksinene. Helsestasjonene og skolehelsetjenesten har ansvar for å gi informasjon om og tilby vaksiner til barn i grunnskolen. Programmet fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet og omfatter en rekke vaksiner som gis fra barnet er seks uker gammel til og med tiende klasse (Folkehelseinstituttet, 2019).

Verdens helseorganisasjon definerer vaksineskepsis som en motvilje mot eller å nekte vaksinering til tross for tilgjengelige vaksiner (World Health Organization, 2019). Som nevnt innledningsvis kan man kalle vaksineskepsis for et forebyggingsparadoks. Dette fordi det norske vaksinasjonsprogrammet fungerer så godt at det usynliggjør de problemene som kan oppstå ved ikke å vaksinere (Sandbu, 2014, s. 52). Vaksinering er frivillig i Norge, og ved vaksinering av barn er det foreldre eller foresatte som gir samtykke på vegne av barnet. Den som setter vaksinen må sikre at foreldrene får informasjonen som trengs, og det må være anledning for å stille spørsmål (Sandbu, 2014, s. 17).

Flokkimmunitet og dekningsgrad

Flokkimmunitet, eller flokkbeskyttelse, er et begrep som ofte nevnes i forbindelse med vaksinasjon. Begrepet betyr at personer som ikke er vaksinert mot en smittsom sykdom likevel er beskyttet ved at flere andre i samfunnet er vaksinert. Dette er et viktig aspekt ved vaksinerings – å vaksinere seg har ikke bare betydning for ens egen sykdomsforebygging, men bidrar også til at uvaksinerte og utsatte grupper har mindre fare for å bli smittet. En slik effekt sees for eksempel ved meslinger og røde hunder, hvor mennesker er smitekilden. Man vil derimot ikke kunne se en slik beskyttelse ved sykdommer som spres fra andre kilder enn mennesker. Et eksempel på dette er stivkrampe, som smitter fra jord eller avføring fra dyr eller mennesker (Blystad & Steen, 2014, s. 282-283).

Vaksinasjon har gjort det mulig å få kontroll på flere sykdommer. For å få kontroll på en sykdom kreves det en vaksinasjonsdekning på 80-95%. Hva som er nødvendig dekningsgrad avhenger av hvor smittsom den aktuelle sykdommen er (Sandbu, 2014, s. 12). Kontroll oppnås ved så høy dekning av vaksinasjon at en hindrer at en mikrobe spres eller sirkuleres i befolkningen. Det kan likevel oppstå enkelte tilfeller av sykdom, og de fleste sykdommer kan ikke utryddes ved vaksinerings (Blystad & Steen, 2014, s. 283). For at en sykdom skal kunne utryddes ved vaksinerings er det en forutsetning at mikroben kun finnes hos mennesker, at det finnes en effektiv vaksine og at vaksinen har lang immunitet som hindrer bæring av smittestoffet (Sandbu, 2014, s. 11-12).

Tall fra 2018 viser at Norge har høy dekningsgrad på vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet. Et eksempel på dette er kombinasjonsvaksinen MMR (meslinger, røde hunder og kusma) hvor dekningsgraden er 96 % hos toåringer, som er over nødvendig dekningsgrad. Likevel ser man en nedgang på 1 % fra 2017 på samme vaksine (Kommunehelse statistikkbank, 2018). På grunn av økt globalisering kan smittsomme sykdommer raskt spre seg og bli introdusert på nytt dersom befolkningen ikke er vaksinert. Det finnes flere tilfeller fra Europa de siste årene hvor det har oppstått utbrudd av sykdommer som ikke lenger er utbredt. For eksempel oppsto det et større utbrudd av meslinger knyttet til et miljø med lav dekning av MMR-vaksinen i Oslo i januar 2011. Dette kom som følge av et uvaksinert barn som ble smittet av en utenlandsk slektning. Flere

foreldre oppga at årsaken til at barna ikke var vaksinert var frykt for utvikling av autisme (Sandbu, 2014, s. 52-53).

2.2 Kommunikasjon

Profesjonell, hjelpende kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av tegn og signaler mellom to eller flere parter. Begrepet brukes om flere fenomener. Kommunikasjon kan være alt fra at to eller flere personer snakker direkte til hverandre, til samtaler og kampanjer over internett. Tegnene og signalene som sendes fortolkes, og det er med dette vi skaper grunnlaget for en relasjon. Som sykepleiere utøver vi profesjonell helsefaglig kommunikasjon. I dette begrepet ligger det at vi som helsepersonell kommuniserer med personer som av ulike grunner søker assistanse og trenger hjelp. Derfor er denne type kommunikasjon hjelpende - den er både faglig forankret og til hjelp for mottaker (Eide & Eide, 2007, s. 17-18). Hjelpende kommunikasjon omfatter ferdigheter som aktiv lytting, og har som hensikt å være anerkjennende, samt skape tillit og trygghet. I tillegg blir informasjonen formidlet på en måte som bidrar til å løse et problem eller hjelpe en person til å mestre sin situasjon. Den hjelpende kommunikasjonen er pasientrettet, som vil si at den har som hensikt å fremme forståelse, personens perspektiv, deling av makt og skape likeverdige relasjoner. Andre viktige aspekter ved hjelpende kommunikasjon er å observere og tolke non-verbale signaler, ha fokus på samarbeid, og skape alternative perspektiver (Eide & Eide, 2007, s. 20-21).

Gode kommunikasjonsferdigheter hjelper sykepleiere å forstå den andre parten. Dette kan igjen gjøre at en har muligheten til å gi bedre støtte og ta gode beslutninger i felleskap. Å aktivt lytte og kommunisere klart kan identifisere hva som kreves i de ulike situasjonene, og forebygge at mennesker tar uheldige og dårlige avgjørelser (Eide & Eide, 2007, s. 21). Å aktivt lytte er en av de viktigste ferdighetene i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Det innebærer å bruke nonverbal adferd som viser at en retter oppmerksomheten mot den andre parten, og gi små oppmuntringer som viser at man følger med på det som blir fortalt. En må også stille oppfølgingsspørsmål slik at personen utdyper. I tillegg må man speile følelsene til den andre personen, parafrasere eller omformulere det den andre har sagt og

oppsummere følelser og innhold i samtalen for å tydeliggjøre det som blir snakket om (Eide & Eide, 2007, s. 23).

Informasjon

Å gi informasjon og veiledning er en av de viktigste oppgavene en sykepleier gjør. Hjelpende informasjon er å formidle kunnskap som er tilpasset og som den andre parten har behov for. Å gi tilpasset informasjon krever at en har tenkt igjennom og gjort forberedelser på hvordan man skal legge opp samtalen. Den andre parten skal forstå, høre og huske det som blir sagt, samtidig som han eller hun skal oppleve å bli ivaretatt. God formidling forutsetter at det skjer på den andre parten sine premisser, at det er en dialog og at han eller hun føler at informasjonen er relevant (Eide & Eide, 2007, s. 292-293).

Det er tre oppgaver for sykepleiere som er viktig i formidling av informasjon. For det første må en undersøke hva som trengs av informasjon, for det andre må sykepleieren skaffe den relevante informasjonen og planlegge samtalen, og for det tredje må en informere på en god måte. Når det kommer til formidlingen er det spesielt tre forhold en må tenke på – forutsigbarhet, fullstendighet og forståelighet. Dette innebærer at informasjonen ikke må ha med for mange elementer og vurdere om en i tillegg skal gi skiftelig informasjon i tillegg. Situasjonen må være forutsigbar, og informasjonen må være på et språk den andre parten forstår uten for mange medisinske begrep (Eide & Eide, 2007, s. 292-293).

2.3 Sykepleieteori

Joyce Travelbee – mellommenneskelige forhold i sykepleie

Joyce Travelbee var en sykepleieteoretiker som fokuserte på mellommenneskelige forhold i sykepleie. Travelbee definerer i sin bok «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» at sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleiere støtter et individ, en familie eller et samfunn til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og hjelpe dem med å finne mening i disse opplevelsene. Hun skriver at å gi støtte er noe sykepleiere alltid gjør. I dette legger hun at det er sykepleiere sin oppgave å støtte mennesker slik at de selv kan håndtere sykdom og styrke sin helse best mulig (Travelbee, 1996, s. 7). Hun beskriver at et menneske-til-menneske forhold karakteriseres ved at både den berørte

personen og sykepleieren ser på hverandre som unike individer, fremfor en pasient og en sykepleier. Dette er fordi hun mener en pasient og en sykepleier ikke kan etablere et forhold, og at dette kun kan etableres hvis man ser mennesket bak tittelen. Mennesket-til-mennesket-forholdet er ikke noe som skjer av seg selv, men noe som bygges opp over tid. Det krever at sykepleieren vet hva hun eller han holder på med, og setter inn konkrete tiltak og intervensjoner for å styrke forholdet (Travelbee, 1996, s. 119).

Travelbee beskriver også menneske-til-menneske forholdet som en rekke serier med opplevelser mellom sykepleieren og mennesket med sykdom eller som trenger tjenesten til sykepleieren, og at behovene til personen eller personene blir møtt. Disse behovene blir møtt ved at sykepleieren bruker en «disiplinert intellektuell tilnærming» til problemet og at hun eller han bruker «the therapeutic use of self», sitt terapeutiske jeg (Travelbee, 1996, s. 16-17). En disiplinert intellektuell tilnærming er at sykepleiere skal bruke kunnskapsbasert forskning innenfor naturvitenskap, biologi, psykiatri, medisin, sykepleie og atferd. Fokuset er da på den teoretiske og kunnskapsmessige delen av sykepleie, og mindre på selve sykepleieprosessen. Ved å bruke sitt terapeutisk jeg er det mer fokus på prosessen og ikke innholdet. Det vil si at en bruker sin egen personlighet og sin fulle oppmerksomhet til å prøve og forstå, samt å strukturere intervensjoner. For å kunne gjøre dette må en ha god selvinnsikt, empati og forstå dynamikken i menneskelig oppførsel (Travelbee, 1996, s. 17-19).

Travelbee hevder at kommunikasjon er et instrument i sykepleiesituasjoner, og at kommunikasjon kan brukes for å opprette et menneske-til-menneskeforhold. Dette forholdet kan igjen brukes for å realisere sykepleiens formål – å støtte individer til å forebygge og håndtere sykdom, og finne meningen med dette. Hun beskriver kommunikasjon som en prosess som sykepleiere bruker for å gi og få informasjon, og at personer kan søke etter råd og assistanse. Kommunikasjon skal også brukes for å motivere og påvirke både med verbal og non-verbal kommunikasjon (Travelbee, 1996, s. 93).

2.4 Sykepleieres rettigheter og retningslinjer

Innledningsvis ble de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere nevnt. De yrkesetiske retningslinjene beskriver hva som er god profesjonsetikk, og hvordan disse fremmer god

praksis. Dette er et godt og viktig verktøy for enhver sykepleier som utøver praksis i Norge. I retningslinjene står det at sykepleiere sin plikt er å forebygge sykdom og fremme helse (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5). Under punkt om sykepleien og samfunnet står det at sykepleiere skal delta aktivt i den offentlige debatten (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 11).

Som sykepleiere er det vår plikt å kjenne til aktuelt lovverk. Lov om helsepersonell, også kalt Helsepersonelloven (1999), gjelder for alle som yter helsehjelp i Norge. Formålet med denne loven, slik det står skissert i kapittel 1 § 1, er å sørge for sikkerhet og kvalitet for pasienter i tillegg til tillit hos helsepersonell. Kapittel 2 § 10 omhandler informasjon til pasienter, og sier at informasjon skal gis til den som har krav på det (Helsepersonelloven, 1999). En annen lov som sykepleiere må kjenne til er pasient- og brukerrettighetsloven. I paragraf 3-1 og 3-2 står det at pasienten har rett til medvirkning, og rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt. Pasienten skal også få informasjon om mulige bivirkninger og risikoer. I paragraf 3-5 står det at informasjonen skal gis i tilpasset form og på en hensynsfull måte. Kapittel fire i samme lov omhandler samtykke, og i kapittel 4-4 står det at foreldre har samtykkerett for barn under 16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Som tidligere nevnt er vaksinasjon frivillig (Sandbu, 2014, s. 17). Men helsepersonell bør arbeide mot en høy dekning for å oppnå immunitet i befolkningen (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj., 2003, § 3-1). Ved alvorlige utbrudd av en allmennfarlig sykdom kan departementet fastsette at deler av befolkningen har plikt til å vaksinere seg. I tillegg kan de sette inn sanksjoner som å oppholde seg innenfor spesifikke områder, og nekte deltagelse i offentlige instanser som barnehage og skole dersom de ikke er vaksinerte (Smittevernloven, 1994, § 3-8).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Ved litteraturstudie er formålet å systematisere kunnskap fra allerede eksisterende skriftlige kilder. Dette innebærer å samle inn litteratur, utføre en kritisk vurdering og til slutt sammenfatte funnene i artiklene. Hensikten er å gi en oppdatert forståelse av kunnskapen som allerede finnes på det aktuelle området som problemstillingen tar for seg, og hvordan

en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80). Fordelen med å utføre et litteraturstudium er som beskrevet tidligere at en får en god oversikt over hva det finnes av forskning innenfor et tema, og at en sammenfatter kunnskapen. Ulempen er at en kan bli begrenset av den eksisterende litteraturen. Dette fordi en ikke selv utfører forskningen, men sammenfatter allerede eksisterende forskning. Jeg har valgt denne metoden i min bacheloroppgave fordi jeg ønsker å undersøke hva som allerede finnes av forskningsartikler innenfor temaet vaksineskepsis hos foreldre, og eventuelt finne ut om det trengs ytterligere forskning på feltet.

3.2 Søk

PICO

PICO-skjema er et rammeverk som hjelper å dele opp problemstillingen slik at den blir mer presis og søkbar. Hver av bokstavene i PICO står for elementer som en skal inkludere. Patient/problem, intervention, comparison og outcome (Thidemann, 2015, s. 86). Siden problemstillingen ikke sammenligner to tiltak er det laget et PIO-skjema. Som det kommer frem av vedlegg III er populasjonen foreldre, problemet er vaksineskepsis, intervensjonen er kommunikasjon, og utfallet er vaksinasjon.

Søkeord og MESH-terms

Søkeordene jeg hovedsakelig har valgt å bruke er «vaccine hesitancy» og «parents». Etter anbefaling av bibliotekar har jeg valgt å bruke få men presise søkeord da jeg opplevde at det ikke var mye eksisterende forskning på feltet. Få søkeord gjorde derfor at jeg likevel fikk et bredt søkeresultat, med flere artikler som kunne blitt inkludert. I tillegg ble det brukt knytteordet «and» mellom «vaccine hesitancy» og «parents» for å sile ut eventuelle artikler som ikke omhandler foreldre og barn tilknyttingen i problemstillingen. Ved et søk ble også søkeordene «communication» og «vaccine sceptics» brukt (Se vedlegg II for søkehistorikk).

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Ved valg av artikler ble det brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier for å skille mellom hvilken forskning som var relevant og ikke. Jeg valgte kriteriene som står skrevet under for å sikre at forskningen er ny, at den er relevant for problemstillingen, at den kan overføres til

Norge og at artiklene kan leses og forstås i fullstendig utgave. Kriteriene jeg har valgt artikler ut fra er at de:

- Ikke er eldre enn 10 år.
- Er utført i land med relativt likt helsevesen og like levevilkår som i Norge, samt likt samfunn forøvrig. Dette er forskning fra Europa, Australia og USA.
- Har fokus på barnevaksiner eller vaksiner som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet. Dette gjelder ikke influensavaksiner og HPV-vaksinen.
- Er skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk.
- Er i fulltekst.
- Ikke har hovedfokus på politiske virkemidler.

Databaser

For å velge hvilke søkemotorer som var mest relevant tok jeg utgangspunkt i biblioteket på HVL sin forklaring av de ulike søkemotorene. I tillegg tok jeg kontakt med biblioteket på høyskolen som gav anbefalinger på hvilke databaser som kunne være relevant for mitt tema. Etter forklaringen fra HVL og hjelp fra bibliotekar valgte jeg å gjøre hovedsøkene mine i de tre databasene Medline, Cinahl og Epistemonikos. Disse databasene har et høyt fokus på medisinske spørsmål og de er omfattende i antall artikler. Medline er den fremste databasen innenfor medisin og har god dekning innenfor biomedisin. Cinahl har høyt sykepleiefokus (Thidemann, 2015, s. 85). SveMed+ gjorde jeg også et søk i, i tillegg til et søk etter en oversiktsartikkel i Cochrane Library (Cochrane reviews). Hovedsøkene ble gjort i tidsrommet februar 2019 til mars 2019. Søket i Cochrane library ble gjort i begynnelsen av mai.

Siden Medline er en omfattende database valgte jeg å gjøre to hovedsøk med ulike søkeord i denne databasen. Et med få søkeord, og et med flere. I Medline valgte jeg som det kommer frem i vedlegg II (søkehistorikk) å først gjøre et søk med MESH-termene «vaccine hesitancy*» og «parents*», og knytte disse med «AND». Med disse kom det et søkeresultat på 202 treff. I det andre søket brukte jeg i tillegg til de tidligere nevnte MESH-termene også «vaccine sceptics*» i kombinasjon med «OR», og «communication» knyttet sammen med «AND». Da fikk jeg et resultat på 60 treff. I Cinahl og Epistemonikos valgte jeg å bruke de samme to søkeordene. Her brukte jeg «vaccine hesitancy» og «parents», og knyttet disse sammen med «AND». Dette gav et resultat på henholdsvis 59 og 16. I Cochrane Library

brakte jeg søkeordene «vaccine hesitancy» og «parents». Her var det 2 treff. I tillegg til systematiske søk i databaser har jeg også utført manuelle søk. Manuelle søk gjøres ved at en for eksempel finner artikler som er relevant og finner primærstudier i referanselister (Thidemann, 2015, s. 83). Gjennom manuelle søk fant jeg en rapport gjennom vaksineveilederen utgitt av folkehelseinstituttet, i tillegg til en artikkel funnet via Verdens helseorganisasjon sine sider. Disse ble også tatt med i vurderingen.

Som det kommer frem i vedlegg I (flytdiagram) ble det totale treffet på antall artikler i databasene 340, 14 av disse var relevante for problemstillingen i tillegg til to artikler gjennom manuelle søk. Noen artikler som kunne vært relevant måtte bli ekskludert da biblioteket på høyskolen ikke hadde rettighetene for å få tilgang.

3.3 Kritisk vurdering og relevans av kilder

For å sikre at artiklene som er brukt er troverdige og representerer god forskning, har jeg brukt helsebiblioteket sine sjekklister for å gjøre en kritisk vurdering. Her brukte jeg sjekklister for systematiske oversiktsartikler og sjekklister for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016). For å vurdere artiklenes relevans opp mot problemstillingen tok jeg utgangspunkt i inklusjon- og eksklusjonskriteriene som er redegjort for tidligere i metodekapittelet. Dette ble vurdert ut i fra sammendrag i databasene eller ved lest heltekst av artiklene. Tre av de fire artiklene som er inkludert i oppgaven står skrevet på engelsk. For å velge kilder til bruk i teoridelen har jeg hatt hovedvekt på å bruke bøker fra pensum gjennom hele løpet i sykepleien. I tillegg har jeg hatt fokus på å bruke fagstoff fra sider som kan anses som troverdige. Jeg bruker for det meste litteratur og tall utgitt fra forskningsbaserte- eller statlige sider.

3.4 Analyse

Det er fire studier som er inkludert i oppgaven (se vedlegg IV for litteratormatrise). En av studiene er kvalitativ og to er systematiske oversiktsartikler. I tillegg er det inkludert en kvantitativ undersøkelse som er presentert i en rapport fra folkehelseinstituttet.

Systematiske oversiktsartikler (systematic reviews) er reanalyser av alle relevante studier innenfor et område, som oppsummerer og sammenstiller funnene som er blitt gjort. Det er

satt strenge krav til publisering av systematiske oversiktsartikler. Slike studier gir et bredere grunnlag for å svare på problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 71). Ved bruk av kvalitativ metode er hensikten å kartlegge erfaringer, egenskaper, holdninger og få fram nyanser. Kjennetegn er at man får dybdekunnskap, som vil si at man får mange opplysninger fra få personer. Kvalitativ forskning brukes dersom en ønsker konkrete tall for å vise for eksempel årsaksforhold. Kjennetegn ved denne metoden er breddekunnskap (Thidemann, 2015, s. 77-78). For å sikre at artiklene er overførbar til Norge sørget jeg for at studiene som er inkludert ble gjort i høyinntekts-land. I de to systematiske oversiktsartiklene er de fleste av studiene utført i sammenlignbare land med Norge, mens noen er gjort i lavinntektsland.

Det er ikke alt i forskningsartiklene som nødvendigvis er relevant for tema i denne oppgaven. Derfor trekkes det ut forskning fra artiklene som er relevant for å best mulig kunne besvare problemstillingen. For eksempel i den systematiske oversiktsartikkelen til Sadaf, Richards, Glanz, Salmon & Omer (2013) blir det målt tre ulike intervensjoner, men det er kun en av intervensjonene som er relevant. Her blir derfor foreldrebaserte intervensjoner som blant annet omfatter kommunikasjon inkludert. I studien til Berry et al. (2017) har jeg unnlatt å trekke inn deler hvor de tester ut helt spesifikke skjema, og heller hatt fokus på utsagn som deltagerne kom med knyttet til tanker og følelser om vaksinasjon. Og til sist, i den systematiske oversikten til Ames, Glenton & Lewin (2017) har jeg valgt å bruke funn med høy eller moderat troverdighet, som betyr at det er stor sannsynlighet for at forskningen er til å stole på.

3.5 Etiske overveielser

Ved utførelse av et litteraturstudium brukes forskning som allerede er utført. Selv om en ikke trenger å gjøre de samme etiske overveielserne som ved utførelse av egen forskning er det likevel viktig at funn og litteratur blir nøye begrunnet. I tillegg må alle forskningsartiklene og kildene bli kritisk vurdert, som tidligere beskrevet. Det er også viktig å overholde akademiske normer for kildehenvisning. Dette innebærer å være nøye med å henvise dersom sekundærlitteratur har blitt brukt. Jeg har blant annet fått hjelp av biblioteket til å sjekke at henvisingen er riktig i forhold til Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer.

4.0 Resultat

Se vedlegg IV for fullstendig litteraturmatrise av inkluderte studier.

Foreldres opplevelser i møte med vaksinasjon

I en kvalitativ systematisk oversiktsartikkel av Ames et al. (2017, s. 5) ble foreldre sine opplevelser og syn på kommunikasjon om barnevaksinasjon kartlagt.

Artikkelen viser at foreldre ikke var tilfreds med mengden informasjon de fikk før vaksineringen. Flere foreldre hevdet at mangel på informasjon og ufullstendige svar på spørsmål og bekymringer førte til tvil om vaksinasjonsprogrammet, og at dette har påvirket deres valg. Inkluderte studier viste også at foreldre synes det er vanskelig å vite hvilke informasjonskilder det går an å stole på, og finne helsepersonell som gav balansert informasjon (Ames et al., 2017, s. 13-14).

Det kommer frem i flere artikler fra den samme systematiske oversikten at helsepersonell er en viktig informasjonskilde. For foreldre som har valgt å ta imot vaksinasjon trekkes blant annet sykepleiere frem som en viktig samtalepartner ved spørsmål om vaksinasjon. Der foreldre var usikre eller hadde bestemt seg for å ikke vaksinere, var mennesker som praktiserte alternativ medisin en viktig kilde (Ames et al., 2017, s. 15). Et annet moment som kommer frem i samme oversikt er at tillit til den som gir informasjon om vaksiner påvirker hvordan foreldrene forstår og vurderer informasjonen. Hvis den som gav informasjonen var en foreldrene stolte på, var sannsynligheten større for at de godtok den, og ikke søkte etter ytterligere informasjon. I flere tilfeller uttrykket foreldre at de var ukomfortable med å stille spørsmål, dette fordi de var redd for å bli forhånds dømt eller at de ikke forsto det som ble fortalt av helsepersonellet (Ames et al., 2017, s. 18-19).

Funn er tydelig på at måten helsepersonell møter foreldre på, og informasjonen som gis er to viktige faktorer i holdningene til og opplevelsene de har med vaksiner. Enkelte studier viser at foreldre sine misforståelser angående vaksiner i noen tilfeller stammet fra informasjon som ble gitt av helsepersonell. I tillegg viste et par studier at mødre i høyinntekstland i noen tilfeller ikke var klar over viktigheten av vaksiner, og at den som hadde ansvar for vaksineringen hadde forsterket dette inntrykket. Flere foreldre opplyser også i

studier at de uavhengig av valget om å vaksinere følte de ikke hadde gjort en gjennomtenkt eller velinformert avgjørelse. Dette på bakgrunn av manglende informasjon om sykdom og bivirkninger, i tillegg til for liten tid å absorbere informasjonen som ble gitt. Enkelte studier fant at selv foreldre som hadde valgt å vaksinere barna sine bekymret seg over valget sitt på grunn av en følelse av manglende informasjon. Flere studier viste at foreldre valgte å vaksinere barna på bakgrunn av kulturelle og sosiale normer, og ikke nødvendigvis på grunn av egne meninger (Ames et al., 2017, s. 25-26).

Foreldres behov for informasjon

En australsk studie fra 2018 kartla foreldre sine behov i møte med helsevesenet ved barnevaksinasjon. Deltagerne ble plassert i elleve ulike fokusgrupper, og hadde ulikt syn på vaksinasjon. Noen var positive uten spørsmål, noen var usikre men aksepterende, noen var skeptiske eller hadde ikke bestemt seg, mens noen hadde utsatt vaksinasjonen og var skeptiske. To av gruppene var blandede grupper, mens resten var delt inn i grupper basert på sitt syn på vaksinasjon (Berry et al., 2018, s. 6481-6486). Foreldre i alle gruppene rapporterte at de ønsket å delta i avgjørelsen om å vaksinere sitt eget barn. Noen hevdet også at å ta avgjørelsen selv var en del av det å være gode foreldre. Det kom også frem i studien at det er viktig å skreddersy informasjonen som gis til foreldre (Berry et al., 2018, s.6486-6487). Det samme funnet er gjort i artikkelen til Ames et al. (2017) hvor det kommer frem at foreldre vil ha en balansert informasjon som tar for seg både positive og negative sider ved vaksinasjon, på et forståelig språk og som var skreddersydd deres situasjon og daglige liv (Ames et al., 2017, s. 22-23). Behovet for informasjon er også noe som kommer frem i artikkelen til Ames et al. Det kommer frem at foreldre ønsker informasjon angående vaksiner tidligere og i god tid før avtalt time, slik at de kan forberede seg på eventuelle spørsmål. I tillegg kommer det frem at foreldre synes det var vanskelig å huske informasjon som ble gitt da fokuset deres var hvordan barnet kom til å reagere på vaksinen (Ames et al., 2017, s. 12). Flere foreldre ønsket informasjon tilgjengelig utenom vaksinasjonstimen, og muligheten til å diskutere vaksinasjon med andre som ikke var direkte involvert i vaksineringsen. Dette kunne være annet helsepersonell på for eksempel sykehus (Ames et al., 2017, s. 15).

En del foreldre som i utgangspunktet var positiv til å vaksinere barna sine, ønsket informasjon slik at de kunne ta et selvstendig valg, og ikke føle at dette blir tvunget på dem. De hevdet at hvis valget var påtvunget, kunne enkelte revurdere sitt positive syn på barnevaksinasjon (Berry et al., 2018, s.6486-6487). Dette støttes også i artikkelen til Ames et al., hvor noen studier viste at press og forhåndsdomming av foreldrene førte til dårligere forhold mellom foreldrene og helsepersonellet. I noen tilfeller påvirket dette foreldrene sin intensjon om å vaksinere, eller at foreldrene ikke følte de hadde tatt en gjennomtenkt beslutning (Ames et al., 2017, s. 19).

Videre viser studien av Berry et al. (2018) at ved å presentere informasjon om risikoer kan man bygge opp under eksisterende tvil og legitimere avgjørelsen om å ikke vaksinere. Likevel viser det seg at det er viktig for foreldrene at de føler at de kan stille spørsmål i møte med helsepersonell. Spesielt gruppen som var forsiktig aksepterende var positiv til å kunne stille spørsmål fordi informasjonen ble mer tilpasset. I samme gruppe ønsket enkelte tilgang til mer informasjon, selv om de ville unngått å lese denne informasjonen. Dette ble begrunnet med at tilgang til informasjonen representerte åpenhet, troverdighet og tillit. Nesten alle deltagerne var positive til å kunne stille spørsmål i forkant av møtet med helsepersonell (Berry et al., 2018, s.6486-6487).

I alle gruppene var foreldrene opptatt av hvordan valget om å vaksinere eller ikke vaksinere påvirket hverdagen, fremfor tall som viste fordeler og ulemper. Noen foreldre mente at tillit til den som hadde ansvar for å sette vaksinen ville øke dersom personen innrømte at de ikke kunne svare på et spørsmål. Flere foreldre var også positive til tanken om å bli henvist videre til spesialist dersom helsepersonellet ikke kunne svare på spørsmålene (Berry et al., 2018, 6488). Tillit viser seg å være en viktig faktor for foreldre i valget om å godta vaksinering. Noen studier viser at en del foreldre aksepterte vaksiner på grunn av at helsepersonellet fremsto som hjelpsom, at de åpnet for spørsmål og at de anbefalte vaksinene (Ames et al., 2017, s. 26).

Effekten av kommunikative intervensjoner

Sadaf et al. (2013) har publisert en systematisk oversiktsartikkel hvor de tar for seg effekten av ulike intervensjoner for å redusere vaksineskepsis- og motstand. Artikkelen inkluderer 30 primærstudier hvor de fleste er utført i USA og andre høyinntekstland (Sadaf et al., 2013, s. 4295). Intervensjoner som var presentert ble delt inn i tre hovedtyper: Statlige lover og regler, innføring av regler på skolenivå og informasjon til foreldre. Delen om informasjon til foreldre var den mest vanlige intervensjonen som hadde blitt forsket på. Flere av studiene forsket på effekten av skriftlig informasjon, foreldremøte med og uten spesialist, powerpointpresentasjoner og nettbaserte løsninger (Sadaf et al., 2013, s. 4297). Sadaf et al. (2013, s. 4297) fant ingen overbevisende funn på effektive intervensjoner for å redusere vaksineskepsis. Selv om enkelte studier rapporterte om effekt, var forfatterens tro på effekten av disse intervensjonene begrenset. Dette er fordi de fleste studiene hadde selectional bias, altså skjevhet i utvalget, som kan ha påvirket resultatene. Studiene ble derfor vurdert til å være svake og mangelfulle.

Helsepersonell sin praksis i Norge

I 2011 ble det publisert en norsk rapport fra folkehelseinstituttet som kartla erfaringer og praksis blant helsepersonell i barnevaksinasjonsprogrammet. Undersøkelsen i rapporten hadde som hovedformål å kartlegge helsepersonell sin kompetanse og tilgang på informasjon i møte med foreldre. Et annet element som også ble kartlagt og som er spesielt relevant for denne oppgaven er praksis i forbindelse med rådgivning til foreldre som har motforestillinger eller er usikker på vaksiner (Feiring, Haugen, Stålcrantz, Bergsaker & Mamelund, 2011, s. 8). Undersøkelsen, som har intervjuet helsesøstre, seinere kalt helsesykepleiere, og helsestasjonsleger, fastslo at deltageren i studien benyttet seg av folkehelseinstituttet sitt informasjonsmateriell, av disse var vaksinasjonsboka utgitt av folkehelseinstituttet mest brukt av helsesøstrene. Ved spørsmål om deltagerne savnet informasjon svarte en av fem ja, og flere begrunnet svaret med å si at de manglet mer presis informasjon i møte med kritiske og kunnskapsrike foreldre og hvordan de skulle møte disse foreldrene. 98 % av helsesøstrene sier de gir folkehelseinstituttet sin foreldrebrosjyre til alle foreldrene (Feiring et al., 2011, s. 14-16).

I forbindelse med vaksinasjonsprogrammet har helsepersonell en foreldresamtale. I undersøkelsen ble det kartlagt hvilke temaer som ble tatt opp i foreldresamtalene angående vaksiner. Ni av ti helsesøstre informerer om hvilken sykdom vaksinen beskytter mot, og hvilke bivirkninger som er vanlige ved vaksinen. 94 % informerer om fordelene med vaksiner. Et mindretall informerer om sjeldne bivirkninger. Noen informerer også om at vaksinasjonen er frivillig, og noen informerer om flokkbeskyttelse. Det blir også oppgitt at helsepersonellet svarer på eventuelle spørsmål (Feiring et al., 2011, s. 17-18).

Håndtering av motforestillinger og skepsis

I rapporten av Berit Feiring et al. (2011, s. 18) kommer det frem at flertallet av helsepersonellet har en aktiv holdning overfor foreldre som viser motforestillinger, ved at de enten henviser dem videre til andre, eller håndterer det på andre måter. Helsesøstrene som håndterer det på andre måter (78%) oppgir at de henter inn ytterligere informasjon for å møte bekymringene og forsøker å utsette beslutningen ved å gi dem betenkningstid. En del oppgir også at de forsøker å argumentere for at foreldrene bør la barnet bli vaksinert, mens andre forsøker å balansere fordeler og ulemper uten å fremstå som argumenterende. Det kommer frem at helsesøstrene forsikrer seg om at foreldrene har tilstrekkelig med informasjon til å gjøre et informert valg. I rapporten skiller det mellom motforestillinger, som forbindes med bestemte argumenter, og usikkerhet som forbindes med vagere forestillinger. Begge kan anses som ulike grader av skepsis. De fleste i undersøkelsen møter usikkerhet med å gi en sterk anbefaling om å vaksinere. Studien viser også at typiske utsagn fra helsesøstre er at de tar tvilen på alvor og prøver å skape dialog om hvorfor foreldrene er usikre (Feiring et al., 2011, s. 18-20).

5.0 Diskusjon

Betydningen av tillit og relasjoner

De fleste funn i artiklene nevner at tillit og relasjoner mellom helsepersonell og foreldre spiller en viktig rolle. Dette gjelder både når det kommer til opplevelsen rundt vaksinasjonen, men også i noen tilfeller om foreldre velger å vaksinere barna sine. Enkelte foreldre opplyste at de aksepterte vaksiner på grunn av at helsepersonellet fremsto

hjelpsom, åpnet for spørsmål og personlig anbefalte vaksiner (Ames et al., 2017, s. 26). Samtidig sier tilgjengelig forskning ikke noe om at høy tillit og gode relasjoner mellom helsepersonell og foreldre vil som en direkte konsekvens føre til en lavere andel vaksineskeptikere. Likevel er det mange studier som er tydelig på hva som er viktig når foreldre skal foreta vaksinasjonsvalg. Tillit til den som gir informasjon påvirker hvordan foreldre tar til seg informasjonen som gis og om de søker ytterligere informasjon (Ames et al., 2017, s. 18-19). Høy tillit mellom helsepersonell og foreldre kan altså være med å sikre at kvaliteten på vaksineinformasjonen som foreldre mottar er forankret i forskning, troverdig og tilpasset. Å forhindre at det søkes videre etter informasjon bør være et viktig mål for helsepersonell. Hvis foreldre søker etter ytterligere informasjon kan vi risikere at de bruker kilder som tegner et feilaktig bilde av vaksiner. Dette kan føre til unødvendig vaksineskepsis.

Tilgang til god informasjon og muligheten for stille spørsmål i samtalen, er viktig for å sikre tillit mellom helsepersonell og foreldre. I enkelte studier har det kommet frem at foreldre som er usikker på om de skal vaksinere barna sine eller ikke, ønsket tilgang til mer informasjon enn det som ble gitt. Ikke fordi de hadde tenkt å sette seg inn i denne informasjonen, men fordi tilgangen til informasjon i seg selv var viktig for å sikre følelsen av åpenhet, troverdighet og tillit. At det også i møte med helsepersonell ble lagt opp til og oppfordret til at foreldre kunne stille spørsmål var med å skape tillit (Berry et al., 2018, s. 6487-6488). Kommunikasjonsteori beskriver hjelpende kommunikasjon som en ferdighet hvor hensikten er å være anerkjennende, samt skape tillit og trygghet. Et viktig element her er aktiv lytting, som handler om å se og være interessert i det motparten formidler (Eide & Eide, 2007, s. 20-21). Relasjonen og tilliten mellom helsepersonell og foreldre kan derfor ha stor innvirkning på hvilken holdning foreldrene har til vaksinasjon. Uten at det finnes målbar forskning på at kommunikasjon er effektivt for å redusere skepsis, kan man til en viss grad anta at tillit og gode relasjoner med helsepersonell er en viktig faktor for å sikre høy vaksinasjonsgrad.

Å skape tillit og gode relasjoner er elementer som sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee nevner som et essensielt aspekt i sykepleie. Travelbee hevder som tidligere nevnt at kommunikasjon er et instrument som brukes for å opprette menneske-til-menneske-relasjon (Travelbee, 1996, s. 93). Kommunikasjon er kanskje det viktigste instrumentet vi som

sykepleiere har, og det er noe vi gjør både med og uten ord. Et gammelt ordtak sier at handling snakker høyere enn ord. Som sykepleiere og medmennesker må vi være bevisst på måten vi møter andre mennesker på, og kommunikasjon er som Travelbee sier et viktig verktøy som vi kan bruke for å skape gode relasjoner og tillit. En av studiene som er inkludert viser at dersom helsepersonell var ærlige på at de ikke hadde informasjon til å svare på spørsmål som ble stilt, ville dette øke tilliten mellom partene (Berry et al., 2018, 6488). I rapporten fra Berit Feiring et al. (2011, s. 18) viser det seg at norsk helsepersonell har en aktiv holdning overfor foreldre som viser motforestillinger. Dette ble gjort for eksempel ved å henvise videre dersom de ikke kunne møte motforestillingene. Det kan altså vise seg at flere norske helsesykepleiere er ærlige med foreldre dersom de føler de ikke har tilstrekkelig informasjon. Dette kan muligens være noe av grunnen til at Norge over en lengre periode har hatt høy dekningsgrad på vaksiner i befolkningen.

Ønsker å ta valget selv

Alle mennesker har en iboende trang til å bestemme over eget liv. For mange foreldre gjelder dette også avgjørelsen om å vaksinere eller ikke vaksinere barna sine. Som forelder har du samtykkerett for barn under 16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Enkelte foreldre rapporterte i en av studiene at de forbinder det å ta avgjørelsen om vaksinasjon selv med å være en god forelder (Berry et al., 2018, s. 6486). I Norge er barnevaksinasjonsprogrammet frivillig (Sandbu, 2014, s. 17). Som helsepersonell kan vi derfor ikke tvinge noen til å ta vaksiner. Samtidig er det vår plikt å sikre at avgjørelsen som blir tatt er tilstrekkelig opplyst og basert på kunnskap forankret i forskning. I tillegg bør vi som sykepleiere gi en sterk anbefaling om å ta imot vaksiner som er innunder barnevaksinasjonsprogrammet. Dette er fordi en av våre oppgaver er å forebygge sykdom og fremme helse i befolkningen. I tillegg viser det seg at det å gi en anbefaling som helsepersonell om å godta vaksinen, kan ha positiv effekt hos foreldre (Ames et al., 2017, s. 26). Å forsikre foreldre om at dette er noe en selv kan gå god for, er en del av å bruke seg selv terapeutisk som Joyce Travelbee poengterer i sin teori (Travelbee, 1996, s. 16-17). Hun hevder også at sykepleieres formål er å støtte individer til å forebygge og håndtere sykdom, og finne meningen med dette (Travelbee, 1996, s. 7). En kan altså tolke ut i fra hennes teori at sykepleiere skal styrke mennesker til å kunne ta egne valg. Å styrke mennesker i en

vaksineringssituasjon kan for eksempel være å sikre at foreldre har tilstrekkelig kunnskap og informasjon til å ta et informativt valg.

Forskning viser at en veldig pågående holdning fra helsepersonell kan ha negativ effekt på foreldres syn på vaksinasjon, da de kan føle at valget blir tvunget på dem. Dette gjaldt også foreldre som i utgangspunktet var positiv til vaksinering. De hevdet at dette kunne føre til at de revurderte det positive synet sitt (Berry et al., 2018, s. 6486-6487; Ames et al., 2017, s. 19). Derfor er det viktig at vi sørger for at informasjonen som gis er forståelig, tilpasset den enkelte og at foreldre får tid til å absorbere informasjonen som blir gitt. Sykepleiere må altså beherske balansen mellom å gi en sterk oppfordring, uten at foreldre føler valget blir tvunget på dem.

På samme måte som mennesker har en trang for å bestemme over eget liv, er vi også avhengig av andre mennesker og blir påvirket av miljøet rundt oss. Flere foreldre opplyste at de valgte å vaksinere barna sine fordi det var den sosiale normen (Ames et al., 2017, s. 25). Vi vet lite om bakgrunnen for disse holdningene, men det kan tenkes at fokuset rundt viktigheten av flokkimmunitet kan ha vært en medvirkende faktor. Tanken om at alle har et felles ansvar. På den ene siden er det positivt at foreldre vaccinerer barna sine, men samtidig er det viktig å forsikre seg om at valget som blir tatt er opplyst. At sosiale normer spiller inn på valget til foreldrene kan også utgjøre en risiko. I et samfunn med høy andel vaksineskeptikere kan det tenkes at holdninger lett kan forplantes videre, noe som truer høy vaksinasjonsdekning.

Informasjon og bruk av kommunikasjon

Som nevnt over er det avgjørende at foreldrene selv får ta valget om barna skal vaksineres eller ikke. Som helsepersonell er det vår oppgave å sikre at disse valgene er basert på god og riktig informasjon. Hvor mye informasjon og hvordan denne informasjonen gis kan påvirke hvilke valg foreldre til slutt ender opp med. Flere foreldre opplever informasjonen i forbindelse med vaksinasjonen som mangelfull, og at de ikke nødvendigvis fikk svar på de spørsmålene de måtte ha (Ames et al., 2017, s. 13-14). Informasjonsmangel kan føre til usikkerhet rundt vaksinasjon, og i enkelte tilfeller bidra til at foreldre velger å ikke vaksinere

barna sine (Ames et al., 2017, s. 13). At sykepleiere gir tilstrekkelig og tilpasset informasjon vil derfor være viktig for å unngå unødvendig vaksineskepsis, i tillegg til å sikre at foreldrenes rettigheter ivaretas. I følge norsk lov har brukerne rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt, og de skal informeres om mulige bivirkninger og risikoer, samt at informasjonen skal gis i tilpasset form (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For å sikre nødvendig innsikt må informasjonen være tilpasset den enkelte og det må åpnes for å stille spørsmål om noe er uklart. Det å åpne for spørsmål kan sikre at informasjonen blir tilpasset slik at foreldre får svar på nøyaktig det de lurer på. Derfor bør sykepleiere ha fokus på å skape tillitsfulle relasjoner for å sikre at foreldre tørr å stille spørsmål. Samtidig bør sykepleieren ha den kunnskapen som trengs for å svare på spørsmålene og møte eventuell skepsis. Som Joyce Travelbee understreker i sin teori må sykepleiere beherske en balansegang mellom å bruke en disiplinert intellektuell tilnærming og bruke sitt terapeutiske jeg (Travelbee, 1996, s. 16-17).

I de fleste studiene ble det etterlyst mer balansert informasjon der virkning og bivirkninger, samt positive og negative sider ved vaksinasjon ble trukket frem. Det understrekes også at dette må skje på et forståelig språk (Ames et al., 2017, s. 22-23). Samtidig viser enkelte studier at ved å presentere informasjon om risikoer kan dette bygge opp under eksisterende tvil, og med dette legitimere avgjørelsen om å ikke vaksinere (Berry et al., 2018, s. 6487). Dette funnet understreker viktigheten av å tilpasse informasjonen som gis til foreldrene, og at alle mennesker har ulike behov. Som tidligere nevnt er det tre forhold som må tenkes på når informasjonen skal gis – forutsigbarhet, fullstendighet og forståelighet. God formidling forutsetter at det skjer på foreldrenes premisser (Eide & Eide, 2007, s. 292-293). I tillegg til å gi balansert informasjon viser det seg at å ha fokus på den samfunnsnyttige delen av vaksinasjon er noe foreldre trekker frem som viktig, fremfor å bruke tall og statistikk (Berry et al., 2018, 6488). Foreldre trenger at informasjonen gjøres relevant for deres hverdag og virkelighet. De trenger å vite hvilke praktisk betydning det har at de ikke vaksinerer barnet sitt. Flere av vaksinene som gis i barnevaksinasjonsprogrammet er mot sykdommer som de fleste ikke har sett eller følt på kroppen. Det er sykepleieres oppgave å gjøre disse sykdommene relevant, og forklare hvilke samfunnsansvar det ligger i å vaksinere barna sine.

For å sikre at foreldre får med seg informasjonen bør det som Eide og Eide (2007, s. 292-293) hevder vurderes om en i tillegg til samtaler skal gi skriftlig informasjon. Den skriftlige informasjonen må være på et forståelig språk uten medisinske begrep, slik at foreldre forstår innholdet. Helseesykepleiere i Norge gir ut en foreldrebrosjyre ved oppstart av barnevaksinasjonen (Feiring et al., 2011, s. 16). En slik brosjyre kan i tillegg til å supplere informasjonen sørge for at det ikke blir søkt opp ytterligere informasjon. I ytterste konsekvens kan dette bidra til å underbygge foreldres eventuelle skepsis. Hvis foreldre likevel velger å søke videre etter informasjon, bør det på forhånd bli opplyst fra helsepersonell om hvilke kilder som er troverdige. Enkelte studier viser at foreldre synes det er vanskelig å finne kilder som det går an å stole på (Ames et al., 2017, s. 14). Som helsepersonell må sykepleiere i størst mulig grad sikre at god informasjon er lett tilgjengelig, og at foreldre vet hvor de kan finne denne informasjonen.

Det er likevel ikke bare mengden informasjon som gis som påvirker holdning til vaksinasjon. Det viser seg at hvordan informasjonen gis, og holdningen til helsepersonell overfor foreldre spiller en viktig rolle når vaksineavgjørelsen skal tas. En kan anta at måten helsepersonell møter foreldre og holdningene de har, kan påvirke om de til slutt ender opp med å vaksinere barna eller ikke. Samtidig må sykepleiere være bevisste på at egne holdninger kan skinne igjennom og påvirke foreldre gjennom informasjonen som gis. Dersom man selv er skeptisk til enkelte vaksiner kan det være vanskelig å fremstå objektiv. Som helsepersonell må en være profesjonell, også når man møter skeptiske foreldre. Tid, sted og situasjon påvirker også hvordan informasjonen som gis foreldrene blir tatt i mot. Enkelte foreldre hevder at det er vanskelig å huske informasjonen fordi vaksinasjonssettingen er stressfylt. Dette på grunn av frykt for hvordan barnet kommer til å reagere på vaksinen (Ames et al., 2017, s. 12). Dette er et element som underbygger viktigheten av å gi informasjon på et tidligere stadium. Hvis foreldre har tankene en annen plass i det informasjonen gis, kommer de ikke nødvendigvis til å huske alt. Dette kan bidra til en følelse av mangelfull informasjon, som igjen kan skape unødvendig vaksineskepsis.

Hvorfor er dette relevant for vanlige sykepleiere?

Enkelte kan kanskje hevde at inngående kunnskap i kommunikasjonsferdigheter for å møte vaksineskeptikere ikke nødvendigvis er relevant for vanlige sykepleiere uten spesialisering i helsesykepleie. Det er tross alt på helsestasjonene de dyptgående samtalene om vaksiner, og selve vaksineren foregår. I tillegg er det helsesykepleiere og leger på helsestasjonene som oftest får de kritiske spørsmålene knyttet til vaksiner. Samtidig viser forskning at flere foreldre, uavhengig av holdninger til vaksiner, utrykte et ønske om å få informasjon på et tidligere stadium (Ames et al., 2017, s. 12). Enkelte hevdet også at sykepleiere er viktige og troverdige informasjonskilder ved spørsmål om vaksiner. I tillegg ønsker foreldre å diskutere med noen som ikke er direkte involvert i barnevaksinasjonsprogrammet (Ames et al., 2017, s. 15). Sykepleiere bør derfor gå inn i samtalen med skeptiske foreldre, slik at eventuelle spørsmål blir besvart så tidlig som mulig. Dette for å hindre at disse foreldrene søker ytterligere informasjon fra feilaktige og mangelfulle kilder. Vi må møte de på sykehuspostene, på fødeavdelingen og i samfunnet generelt. For å gå inn i disse samtalene er det viktig at sykepleiere holder seg oppdatert på forskningen på feltet, og bruker hjelpende kommunikasjon og informasjon aktivt. I tillegg er en slik form for kommunikasjon nyttig også i andre pasientsituasjoner. Sykepleiere møter ofte pasienter som har motforestillinger eller er usikre på for eksempel om de ønsker å ta i mot behandling. I slike situasjoner er det en styrke å kjenne til hjelpende kommunikasjon, og bruke den terapeutiske jeg sammen med en disiplinert og intellektuell tilnærming (Travelbee, 1996, s. 16-17).

Som de yrkesetiske retningslinjene sier skal sykepleiere delta aktivt i samfunnsdebatten (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 11). Dersom vaksinasjonsdekningen i befolkningen går ned, kan det skje en oppblomstring av sykdommer som vi i dag anser å ha under kontroll. Dette kan føre til økt trykk på sykehus og andre plasser der sykepleiere jobber, på grunn av en sykere befolkning. En passiv holdning til vaksineskeptikere kan altså bli en direkte konsekvens for sykepleiere. I tillegg til dette har vi som også skissert i de yrkesetiske retningslinjene et ansvar med å fremme god helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Vaksineren, som er det mest vellykkede forebyggingsiltaket, vil i denne tolkningen være sykepleieres ansvar å sikre.

Derfor bør sykepleiere i større grad ta del i samfunnsdebatten, og bidra med den kunnskapen vi innehar som yrkesgruppe.

Fremtidige konsekvenser

Norge har over en lengre periode hatt høy vaksinedekning i befolkningen. Dette kan på mange måter bety at praksisen som utføres er suksessfull. Det viser seg at mye av det helsesykepleiere og helsestasjonsleger gjør, også er det som trekkes frem som god praksis. Ved motforestillinger opplyser helsesykepleierne at de henter inn ytterligere informasjon, gir betenkningstid og gir balansert informasjon mellom fordeler og ulemper uten å fremstå argumenterende. I tillegg tar de tvilen på alvor og forsøker å skape dialog om usikkerheten (Feiring et al., 2011, s. 18-20). Likevel viser samme studie at en av fem helsepersonell hevdet at de manglet mer presis informasjon i møte med kritiske og kunnskapsrike foreldre (Feiring et al., 2011, s. 15). Det er problematisk at enkelte av de som møter vaksineskeptikere opplever at informasjonen som de har tilgang på ikke strekker til. Her må staten sikre at helsepersonell har tilgang til oppdatert og presis informasjon, for å møte foreldre med skeptiske holdninger til vaksinasjon.

Det finnes flere mennesker i Norge som ikke kan ta vaksiner. Desto viktigere er det at de som kan vaksinere seg gjør det, for å fortsatt sikre immunitet i befolkningen. De som ikke kan ta vaksiner, er også de som kan stå i fare for å bli rammet hardest. Derfor er det viktig å understreke samfunnsansvaret, og fremtidige konsekvenser overfor skeptiske foreldre. «Alle andre vaksinerer seg jo, så det er ikke et problem om mine barn ikke gjør det» er et utsagn jeg selv har hørt mennesker som er skeptiske til vaksiner si. Enkelte foreldre i høyinntekstland har opplyst at de ikke var klar over viktigheten av å vaksinere seg, og at helsepersonell hadde forsterket tanken (Ames et al., 2017, s. 25). Da kan det jo diskuteres om forebyggingsparadokset har gått så langt at selv mennesker som jobber tetttest med vaksinerer begynner å tro det ikke er så nøye. Dette er i så fall en farlig utvikling. Hvis alle skulle tenkt at det ikke er viktig, hadde det ikke vært høy vaksinasjonsgrad i befolkningen. Da kunne vi sett langt etter flokkimmuniteten. Som tidligere nevnt er det en nedgang på 1% på vaksineringen av MMR fra i fjor. Går den ned ytterligere en prosent er vi nær grensen som trengs for å sikre immunitet (Sandbu, 2014, s. 12). Dette kan føre til en oppblomstring av for

eksempel meslinger, som i verste fall kan føre til dødsfall. Dødsfall som ganske enkelt kunne vært unngått ved vaksinerings.

Ved alvorlige utbrudd av en farlig sykdom kan staten bestemme at deler av befolkningen har plikt til å vaksinere seg. I tillegg kan staten sette inn sanksjoner som å oppholde seg innenfor spesifikke områder eller nekte deltagelse ved for eksempel skole og barnehager dersom de ikke er vaksinerte (Smittevernloven, 1994, § 3-8). Det finnes dermed hjemmel i loven for at en ved alvorlige utbrudd kan nekte samfunnsdeltakelse på flere områder. Enkelte mener at vaksinerings burde være obligatorisk. Forskning viser derimot at mennesker har et behov for å ta del i valget om å vaksinere seg, og at det virket negativt på foreldres syn på vaksiner om valget ble tunget på dem (Berry et al., 2018, s. 6486-6487). Ved høy immunisering i befolkningen kan vaksinasjon fortsatt være frivillig, og ved alvorlige utbrudd kan staten gripe inn for å hindre videre spredning.

Samfunnet vi lever i er i stadig endring. De siste årene har det skjedd en økende globalisering, og medietrykket er større enn noen gang. Den stadig økende tilgjengeligheten til informasjon gjør at foreldre daglig blir påvirket i valg, også om vaksinasjon. Ved stort fokus på negative sider ved vaksiner i media vil dette kunne påvirke negativt. Dette gjør at presset for helsepersonell å holde seg oppdatert er stort. Når foreldre opplever at informasjonen er for dårlig og kommer for seint, eller at de ikke får muligheten til å stille spørsmål, er det noe som må endres (Ames et al., 2017, s. 12-14) Derfor er det viktig at vaksineskepsis blir tatt på alvor av mennesker som jobber i helsevesenet, og at god praksis blir implementert i alle ledd. Sykepleiere og annet helsepersonell bør holde seg oppdatert på forskning, og sikre at informasjon er der foreldrene er.

Metodediskusjon

Systematiske oversiktsartikler danner som tidligere nevnt et bredt grunnlag for å svare på problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 71). Derfor er det en styrke i oppgaven at det er inkludert to systematiske oversikter, nettopp fordi det danner et bredt bilde av forskningen som eksisterer på feltet. I tillegg er det også positivt at det er inkludert en kvalitativ studie da denne metoden kartlegger tanker og følelser som foreldre har. Som tidligere nevnt bruker

begge de systematiske oversiktene enkelte forskningsartikler hvor forskningen ble utført i land som ikke faller innfor mine inklusjonskriterier. Selv om flesteparten av artiklene er fra land som er sammenlignbare med Norge, kan derfor resultatet i forskningen være misvisende. Dette fordi enkelte resultater da egentlig ikke kan brukes som fasit i norsk forskning. Jeg har likevel valgt å inkludere de, da de fleste artiklene er utført i sammenlignbare land med Norge. Et annet element å ta til betraktning er at tre av fire artikler er skrevet på engelsk. Det må derfor tas høyde for at det kan oppstå språklige misforståelser i oppfattelsen av de inkluderte artiklene.

Som forfatterne selv skrev i den systematiske oversiktsartikkelen til Sadaf et al. (2013, s. 4298-4301) er mesteparten av forskningen som er gjort på dette feltet svak. De fleste inkluderte artikler vurderes til å ha skjevhet i utvalget, også kalt selectional bias, som gjør at utvalget i studiene ikke nødvendigvis er representative. Artikkelen er likevel inkludert i denne oppgaven for å vise at mye av forskningen som er gjort på feltet er mangelfull. Det er derfor viktig å understreke behovet for ytterligere forskning med randomiserte kontrollerte utvalg, slik at forskningen ikke blir bias, samt ytterligere kvalitativ forskning (Thidemann, 2015, s. 73). Et annet viktig element med samme studie er at den ble utgitt i 2013. Det er grunn til å tro at det har skjedd mye på feltet de siste årene. Det samme gjelder rapporten til Feiring et al som ble utgitt i 2011, hvor spørreundersøkelsen er blitt utført tidligere. Det har skjedd endringer i det norske vaksinasjonsprogrammet og i samfunnet forøvrig siden forskningen ble utført. Dette kan påvirke om konklusjonen til forfatterne fortsatt er gjeldende. På tross av dette er det likevel grunn til å tro at flere av elementene og funnene som kommer frem i forskningen fortsatt er relevant. Samtidig viser den systematiske oversiktsartikkelen til Ames et al. (2017) og den kvalitative forskningen til Berry et al. (2018) at det de siste årene er utgitt god forskning på feltet. Her blir det tydelig at det også finnes god kunnskap om foreldres behov og holdninger når det kommer til vaksiner. Totalsommen danner et godt grunnlag for videre forskning på effektive kommunikative intervensjoner som direkte kan redusere vaksinemotstand og vaksineskepsis.

6.0 Konklusjon

I problemstillingen ble det stilt spørsmål om hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon kan motvirke vaksineskepsis hos foreldre. Eksisterende forskning viser ingen overbevisende funn på effektive kommunikasjonsintervensjoner for å redusere eller motvirke vaksineskepsis hos foreldre. Det viser seg derimot at tillit og gode relasjoner med helsepersonell er viktig for at foreldrene føler seg sett og hørt, og at kommunikasjon er et nyttig verktøy for å skape tillit. Foreldre har et behov for at informasjonen de får er skreddersydd deres situasjon, og at man tilrettelegger slik at foreldre kan stille spørsmål dersom noe er uklart. Informasjonen bør gis både skriftlig og muntlig i god tid før vaksinasjonen, slik at foreldre kan bearbeide kunnskapen.

Det er svært viktig at vaksineskepsis blir tatt på alvor. Dette er viktig for å beskytte alle, inkludert de som av forskjellige årsaker ikke kan få vaksiner. Sykepleiere har en særegen posisjon i det norske helsevesenet, og har som samfunnsoppdrag å forebygge sykdom og fremme helse. Derfor må sykepleiere holde seg oppdatert på forskning og tørr å møte skeptikere med kunnskap i alle deler av samfunnet. Det er behov for ytterligere forskning på effektive kommunikative ferdigheter i møte med skeptiske foreldre, slik at vi også i fremtiden kan opprettholde høy immunitet i befolkningen.

Referanseliste

- Aastorp, Harald. (2004, 30. januar). Bakgrunn: Vaksinenes historie. *Forskning.no*. Hentet fra <https://forskning.no/medisin-medisiner-medisinske-metoder-immunforsvaret-vaksiner-vitenskapshistorie/2008/02/vaksinenes?fbclid=IwAR1dT1kPNs-EJMEWjFkt7OQtrAcBWTotIS6JtQ7RRZjTnsyV-nCQdqKOzRE>
- Ames, H. M. R., Glenton, C. & Lewin, S. (2017). Parents' and informal caregivers' views and Experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No:CD011787. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011787.pub2>
- Berry, N. J., Danchin, M., Trevena, L., Witterman, H. O., Kinnersley, P., Snelling, T., Robinson, P. & Leask, J. (2018). Sharing knowledge about immunization (SKAI): An exploration of parents' communication needs to inform development of a clinical communication support intervention. *Vaccine*, 36, 6480-6490. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.077>
- Blystad, H. & Steen, M. (2014). Smittevern – prinsipper og tiltak. I M. Steen & M. Degre (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (s. 269-286). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Feiring, B., Haugen, I. L., Stålcrautz, J., Bergsaker, M. A. R. & Mamelund, S-E. *Barnevaksinasjonsprogrammet: Erfaringer og praksis blant helsepersonell* (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2011:3). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Barnevaksinasjonsprogrammet – veileder for helsepersonell*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/>

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (FOR-2003-04-03-450). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-04-03-450>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistet. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>

Kommnehelsa statistikkbank. (2018). Vaksinasjonsdekning – barnevaksinasjonsprogrammet, årlige tall for store kommuner. Folkehelseinstituttet. hentet fra: http://khs.fhi.no/webview/?fbclid=IwAR1281E0YGHdKhIjRXCcIToAVbU0LI74E2wKUofRZiqvE_V7JT584fiPpMU

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

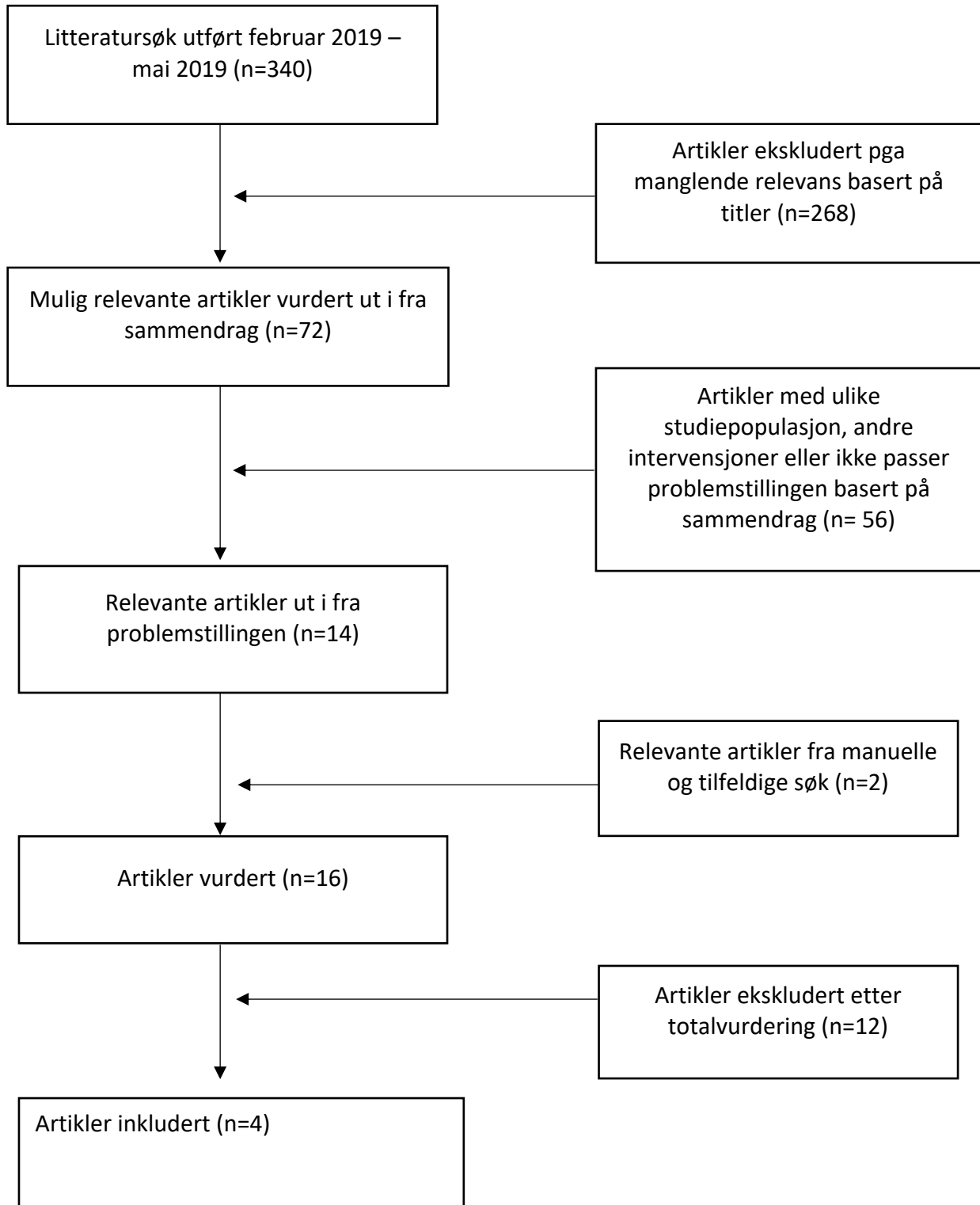
Nøkleby, Hanne & Bergsaker, Marianne A. Riise. (2006). Uønskede hendelser etter vaksiner. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 19. <https://tidsskriftet.no/2006/10/tema-vaksinasjon/uonskede-hendelser-etter-vaksiner>

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>

- Rygg, Marite. (2006). Vaksineskepsis – profylaksearbeidets paradoks. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 22. https://tidsskriftet.no/2006/11/leder/vaksineskepsis-profylaksearbeidets-paradoks?fbclid=IwAR3m2CJ08Svs2CjU0I4KeK8PLCRGzpk115xQZ-RnJqUWb7e_MFb2HhGoyrI#reference-6
- Sadaf, A., Richards, J. L., Glanz, J., Salmon, D. A. & Omer, S. B. (2013). A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. *Vaccine*, 31, 4293-4304. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.07.013>
- Sandbu, S. (2014). *Vaksinasjonsboka : Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2014* (7. utg., Vol. 22, Smittevern). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- 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>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Travelbee, J. (1996). *Interpersonal aspects of nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.
- World health organization. (2019). Ten threats to global health in 2019. Hentet fra <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>

Vedlegg:

Vedlegg I - Flytdiagram:



Vedlegg II - søkehistorikk:

Database	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
Cinahl	«vaccine hesitancy» AND «parents»	59	17	4	0
MEDLINE	«vaccine hesitancy*» AND «parents*»	202	35	11	2 «A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy” “Sharing knowledge about immunization (SKAI): An exploration of parents` communication needs to inform development of a clinical communication support intervention”
MEDLINE	«vaccine hesitancy*» OR «vaccine sceptics*» AND «parents*» AND «communication»	60	8	7	0
Epistemonikos	«vaccine hesitancy»	16	10	2	0
SveMed+	«vaksineskepsis»	1	1	0	0
Cochrane Library (Cochrane reviews)	«vaccine hesitancy» «parents»	2	2	1	1 “Parents’ and informal caregivers’

					views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence (Review)”
Manuelle søk: Via referanselisten til den nasjonale vaksineveilederen.					1 «Barnevaksinasjonsprogrammet: Erfaringer og praksis blant helsepersonell»

Vedlegg III - Pi(c)o skjema:

P – Population, Problem	I – Intervention	O – Outcome
Foreldre, vaksineskepsis	Kommunikasjon, informasjon	Vaksinering, immunisering
Vaccine hesitancy Vaccine sceptics Parents	Comunication Information	Vaccination Immunization

Vedlegg IV - Litteraturmatrise:

Tittel Forfattere Tidsskrift Publikasjonsår	Mål med studien	Metode	Hovedfunn	Kvalitetsvurdering
"A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy”	Kartlegge effektive intervensjoner for å redusere vaksineskepsis.	Systematisk oversiktsartikkel med 30 studier inkludert De fleste studiene brukte før/etter design, et	Fant ikke noen overbevisende funn på effektive intervensjoner for å redusere vaksinemotstand. Intervensjonene som ble	Det er redegjort for fremgangsmåten som ble brukt for å finne primærstudiene. Litteratursøket er tilfredsstillende, og

<p>Alina Sadaf, Jennifer L. Richards, Jason Glanz, Daniel A. Salmon & Saad B. Omer.</p> <p>Vaccine 31 (2013).</p>		<p>par av studiene var RCT, noen var NRCT og de resterende var evalueringsstudier. De fleste fra høyinntektsland, spesielt USA. Noen studier fra lavinntektsland.</p>	<p>vurdert var påminningssystemer, politikk, informasjon og opplæring.</p>	<p>kriterier er klart presentert. Resultatene ble sammenfattet på en forsvarlig måte, og konklusjonen er basert på funn og kvalitet på studiene. Primærstudiene som er inkludert inneholder skjevhet i utvalgene, men dette er redegjort for.</p>
<p>“Sharing knowledge about immunization (SKAI): An exploration of parents’ communication needs to inform development of a clinical communication support intervention”</p> <p>Nina J. Berry, Margie Danchin, Lyndal Trevena, Holly O. Witterman, Paul Kinnersley, Tom Snelling, Penelope Robinson & Julie Leask.</p> <p>Vaccine 36 (2018).</p>	<p>Kartlegge behovet for kommunikasjon og informasjon hos foreldre angående vaksiner.</p>	<p>Primærstudium. Kvalitativ studie med 11 fokusgrupper. Deltagerne hadde ulikt syn på vaksinasjon. Noen var positive uten spørsmål, noen var usikre men aksepterende, noen var skeptiske eller hadde ikke bestemt seg, mens noen hadde utsatt vaksinasjonen og var skeptiske. To av gruppene var miksede grupper, mens resten var delt inn i grupper basert på sitt syn på vaksinasjon.</p>	<p>Det var store forskjeller i kommunikasjonsbehovet til de forskjellige typene i gruppen. Desto mer skeptisk medlemmene var, jo mer informasjon og detaljer hadde de behov for. Behovet for skreddersydd informasjon blir understreket. Tillit viker å henge sammen med opplevd eller faktisk åpenhet rundt temaet. De mest skeptiske var mer sensitiv og skeptisk til argumenterende språkbruk.</p>	<p>Formålet i studien er klart formulert, og det er hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode i dette tilfelle. Det er gjort rede for utvalget, metode, data, begrensinger og etiske vurderinger. Funnene er klart presentert.</p>
<p>«Barnevaksinasjonsprogrammet: Erfaringer og praksis blant helsepersonell»</p> <p>Breit Feiring, Inger Lise Haugen, Jeanette Stålcrantz, Marianne A. Riise Bergsaker & Svenn-Erik Mamelund.</p>	<p>Kartlegge helsepersonell i Norge sin tilgang til informasjon om vaksiner og ulike aspekter ved vaksinasjon. I tillegg til gjellende praksis i håndtering av motforestillinger og egne holdninger.</p>	<p>Primærstudium. Kvantitativ metode med intervjuundersøkelse av 353 helsesøstre og 47 helsestasjonsleger over telefon.</p>	<p>Helsepersonell informerer om at benytter mange ulike informasjonskilder. En av fem helsesøstre i undersøkelsen opplyser om at savnet informasjon og hevder de hadde vært bedre rustet til å håndtere usikkerhet hos foreldre dersom de hadde hatt mer informasjon. Ved</p>	<p>Norsk forskningsrapport som er utført på bestilling fra folkehelseinstituttet. Formålet er klart formulert, metoden er hensiktsmessig. Det er gjort rede for utvalg og metode, samt at funn er klart presentert.</p>

Rapport fra Folkehelseinstituttet (2011).			usikkerhet informeres foreldrene om vaksinasjonen, og helsepersonell er lydhør ovenfor usikkerhet. De oppgir også å ha en aktiv holdning og informerer om fordeler og ulemper slik at foreldrene kan ta en informert beslutning.	
<p>“Parents’ and informal caregivers’ views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence (Review)”</p> <p>Ames HMR, Glenton C & Lewin S (2017).</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews (2017)</p>	Identifisere og sammenfatte foreldres opplevelser og syn på kommunikasjon i forbindelse med barnevaksinasjon, og hvilke påvirkning denne har i beslutningen om å vaksinere.	Kvalitativ oversiktsartikkel. 38 enkeltstudier inkludert hvorav 29 ble utført i land med høy inntekt.	Foreldre ville ha mer informasjon enn de fikk. De ønsket mer balansert informasjon om fordeler og ulemper forklart klart og enkelt. Manglende informasjon førte til bekymring og revurdering. I tillegg hadde foreldrene stor tillit til helsepersonell og at dårlig kommunikasjon noen ganger påvirket hvilke valg som ble tatt angående vaksinerings. De synes også det var vanskelig å finne informasjon.	Metoden er klart beskrevet og litteratursøket er tilfredsstillende. Kriterier er klart beskrevet, og validiteten på studiene er vurdert og redegjort for. Resultatene er klart sammenfattet og hvert funn blir validert. Konklusjonen er underbygget av data.