

# Faktorer som påvirker sykepleiere i avgjørelsen om å la seg vaksinere av sesongbasert influensavaksine

Kandidatnummer: 302 og 467  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 7999  
Dato: 12.04.2021



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.21
<p>Tittel Faktorer som påvirker sykepleiere i avgjørelsen om å la seg vaksinere av sesongbasert influensavaksine</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke faktorer kan påvirke sykepleiere, med pasientkontakt, i avgjørelsen om å la seg vaksinere av sesongbasert influensavaksine?</p>	
<p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Bacheloroppgaven benytter Florence Nightingales sykepleieteori for å beskrive oppgavens sykepleiefaglige relevans. Videre blir sykepleierens kunnskapskrav presentert, før oppgaven belyser etiske og juridiske rammer for sykepleieutøvelsen. Deretter forklares sesonginfluensa og influensavaksine, etterfulgt av rammene rundt influensavaksinasjon. Rammene omfatter politiske føringer, og avslutter med faktorer som påvirker.</p>	
<p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litterær oppgave med to kvantitative og to kvalitative forskningsartikler som belyser tema for valgt problemstilling. Valgte artikler er funnet i databasene; Cinahl og PubMed.</p>	
<p><u>Drøfting:</u> Drøftingen er strukturert med overskrifter som diskuterer ulike faktorer som kan påvirke sykepleieren i valget om å la seg vaksinere av sesongbasert influensavaksine. Faktorene omfatter sykepleiers kunnskap om vaksinasjon og sesonginfluensa, rammene rundt influensavaksinasjon, samt sykepleiers autonomi og den moralske plikten. Til slutt drøftes sykepleiers tillit til vaksinenes sikkerhet og vaksinesystemets formål. De ulike faktorene diskuteres i lys av valgt forskningslitteratur, relevant teori, samt etisk og juridisk kunnskap.</p>	
<p><u>Konklusjon:</u> Et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag er en sentral faktor i sykepleiers avgjørelse om å la seg vaksinere av sesongbasert influensavaksine. For at sykepleiere skal kunne ta en beslutning om vaksinasjon blir rammefaktorer, som tid og tilgjengelighet til vaksinen, fremhevet som viktige forutsetninger. Tillit til vaksinenes sikkerhet og effektivitet, samt til systemet som leverer vaksinen er en essensiell faktor. Valgte forskningsartikler belyser sykepleiers autonomi og deres moralske plikt som to avgjørende faktorer i valget om å la seg vaksinere.</p>	

(Totalt antall ord: 260)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	1
1.2.1	Avgrensing og presisering.....	2
1.2.2	Begrepsavklaring.....	2
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>3</b>
2.1	Temaets sykepleiefaglige relevans.....	3
2.2	Sykepleierens kunnskapskrav for å sikre faglig forsvarlighet.....	3
2.3	Etiske og juridiske aspekter.....	5
2.4	Sesonginfluensa.....	5
2.5	Influensavaksine.....	6
2.6	Politiske føringer.....	7
2.6.1	Vaksinasjonskampanjer.....	8
2.7	Faktorer som påvirker.....	9
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1	Valg av metode.....	11
3.2	Søkestrategi og databaser.....	11
3.2.1	Tabell 1: Søk etter forskningslitteratur.....	12
3.2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
3.3	Kildekritikk.....	13
3.4	Etiske overveielser.....	13
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>14</b>
4.1	Syntese.....	14
4.2	Tabell 2: Artikkelmatrise.....	14
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>16</b>
5.1	Sykepleiers kunnskap om vaksinasjon og sesonginfluensa.....	16
5.2	Rammene rundt influensavaksinasjon.....	18
5.3	Sykepleiers autonomi og den moralske plikten.....	20
5.4	Sykepleiers tillit til influensavaksinens sikkerhet og vaksinesystemets formål.....	22
<b>6</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>26</b>
	Referanseliste.....	27

# **1 Innledning**

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Influenzavirus opptrer ofte i epidemier, og kan blant annet føre til alvorlig lungebetennelse, hjerneslag og forverring av kroniske sykdommer hos personer i risikogruppen. I Norge er det omtrent 1,6 millioner mennesker som har økt risiko for influensakomplikasjoner. Som følge av dette blir det anslått av Folkehelseinstituttet (FHI) at det årlig dør i gjennomsnitt 900 personer, og at opptil 2000 mennesker kan dø som følge av influensaviruset (Folkehelseinstituttet, 2020c). Det beste forebyggende tiltaket vi har mot influensa er vaksiner (Hånes, 2018). Blant utbrudd i helseinstitusjoner i 2019 var 41% av de syke helsepersonell (Lyngstad et al. 2019, s. 12). FHI anbefaler derfor helsepersonell å vaksinere seg mot influensa for å redusere komplikasjoner, og i verste fall dødsfall i forbindelse med influensa, blant pasienter (Robertson & Klüwer, 2020).

I 2019/2020 var vaksinasjonsdekningen for influensavaksine blant helsepersonell i Norge på 44%. Dette på tross av anbefalingen om at minst 75% av helsepersonell skal vaksineres årlig (Folkehelseinstituttet, 2020b). Med tanke på at vi nå befinner oss i en pandemi med covid-19 er det enda viktigere at helsepersonell vaksinerer seg mot influensa. Influenzavaksinen er kun effektiv mot influensavirus, og beskytter ikke mot covid-19. Ved at helsepersonell lar seg vaksinere mot sesonginfluensa, vil man beskytte den sårbare pasientgruppen mot alvorlig influensainfeksjon, redusere risikoen for dobbeltinfeksjon med influensa og covid-19, og unngå at helsepersonell blir syke på grunn av influensa (Folkehelseinstituttet, 2020d). I tillegg gir det en bedre forutsetning for å håndtere den ekstra belastningen i helsevesenet covid-19 medfører (Gudjonsson & Fossum, 2020; Ogre & Drægri, 2020).

Oppgaven har som formål å belyse de faktorer som er med i sykepleiers beslutningstaking vedrørende sesongbasert influensavaksinering, samt diskutere de ulike faktorene.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Hvilke faktorer kan påvirke sykepleiere, med pasientkontakt, i avgjørelsen om å la seg vaksinere av sesongbasert influensavaksine?

### 1.2.1 Avgrensning og presisering

Denne oppgaven fordyper seg i hva som påvirker sykepleiere til å la seg vaksinere eller ikke. Oppgaven avgrenses til kun sykepleiere med pasientkontakt, som arbeider på sykehus og sykehjem. Dette blir gjort på bakgrunn av at helsepersonell har høyere risiko for å bli smittet av influensa enn andre voksne som ikke jobber i helsesektoren (Robertson & Klüwer, 2020). Oppgaven inkluderer ikke arbeidsplasser som hjemmesykepleie og andre institusjoner, da valgte forskningsartikler ikke inkluderer dette. FHI oppfordrer helsepersonell til å ta den sesongbaserte influensavaksinen årlig, og derfor fokuserer oppgaven kun på denne vaksinen (Robertson & Klüwer, 2020).

### 1.2.2 Begrepsavklaring

**Sesonginfluensa:** Kommer hver vinter. Skyldes et virus som er noe forskjellig fra tidligere års virus slik at mange vil til dels være immune. Har ofte et mildt forløp, men eldre og kronisk syke har økt risiko for komplikasjoner (Folkehelseinstituttet, 2018).

**Sesongbasert influensavaksine:** Inneholder immunologisk viktige deler av drepte influensavirus (inaktivert vaksine). Vaksinen tilpasses fra år til år avhengig av hvilket influensavirus som sirkulerer til enhver tid (Folkehelseinstituttet, 2020a).

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

### **2.1 Temaets sykepleiefaglige relevans**

Florence Nightingale var sykepleier på 1800-tallet, og skrev bøker om sykepleie der hun mente at sykepleiere ville bidra til å forbedre samfunnet. Infeksjonssykdommer var årsak til høy dødelighet blant befolkningen i hennes tid. Selv om årsaken til infeksjonssykdommene på denne tiden ikke var dokumentert, var Nightingale særlig opptatt av det hun kalte sykepleiens sanitære aspekt, og at det var av betydning for å forebygge sykdom (Nortvedt, 2008, s. 79).

Florence Nightingale (1863) innledet i en av bøkene sine med uttrykket "Do the sick no harm". Å legge til rette for gode forhold rundt pasientene, slik som renslighet på sykeværelset og gode sanitære forhold, var ifølge Nightingale, god sykepleie (Nortvedt, 2008, s. 80).

Florence Nightingale hadde ikke teorier om vaksiner, men det var etablert vaksiner også i hennes levetid. Historien om vaksiner begynte med koppeviruset. Den britiske legen, Edward Jenner, gjennomførte i 1796 en vaksinasjon ved å ta væske fra et kukoppe-sår og rispet dette inn i armen på en åtte år gammel gutt, og dermed ble gutten beskyttet mot koppeviruset. I 1967 startet Verdens helseorganisasjon (WHO) kampanje mot kopper, en systematisk vaksinasjon av befolkningen, nøye overvåking og isolasjon av koppe-tilfeller, noe som førte til at kopper ble utryddet i 1979 (Frøland, 2020, s. 428-430).

Den største profesjonsgruppen i helsetjenesten er sykepleiere. Sykepleiere møter mennesker i ulike situasjoner gjennom hele livsløpet, fra fødsel til død. Det er også sykepleiere som tilbringer mest tid i direkte pasientrettet arbeid (Holter, 2015, s. 107, s. 115). I alle situasjoner har sykepleier fagspesifikke funksjoner og ansvar som skal kjennetegne hvordan man går frem og ivaretar pasienten. Ett av disse funksjonsområdene er forebyggende sykepleie.

Sykepleiere skal jobbe for å hindre eller utsette sykdom hos friske og syke individer, samt de som er spesielt utsatt for helsesvikt. Dette er også målet ved primærforebygging (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

### **2.2 Sykepleierens kunnskapskrav for å sikre faglig forsvarlighet**

«Fornyelsesprosessen som naturen har skapt og som vi kaller sykdom, er blitt hindret av en viss mangel på kunnskap eller påpasselighet i en eller flere av disse tingene, og smerte, lidelse eller forstyrrelser i hele prosessen blir resultatet» (Nightingale, 1984, s. 18). For at sykepleie

skal kunne bidra til gjenvinning av pasientens helse og mestring, må sykepleieren ha en evne til å forstå pasientens situasjon som syk. Florence Nightingales syn på sykepleiekunnskap er et viktig rammeverk for å forstå sykepleiens fagkunnskap (Nortvedt, 2008, s. 64).

Sykepleieren må i sin utøvelse av sykepleie bruke et bredt kunnskapsgrunnlag som bygger på ulike vitenskapsteoretiske retninger. Både naturvitenskapelig kunnskap (anatomi, fysiologi og patofysiologi), psykologi, sosiologi og den etiske kunnskapsformen (Holter, 2015, s. 113). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleie kan fortelle at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse, samt at sykepleieren har ansvar for å holde seg oppdatert innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019). Kunnskapsbasert praksis innebærer at sykepleieren bruker ulike kunnskapskilder, for eksempel forskningsbasert kunnskap. Det handler ikke kun om å utøve forskningsbasert kunnskap, men man må bygge kunnskapen på kliniske erfaringer og etiske vurderinger, samt brukerkunnskap og brukervedvirkning (Flovik et al., 2008, s. 6).

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS-prosjektet) ble startet på bakgrunn av at kompetansen til nyutdannede kandidater ikke imøtekommet tjenestens kompetansebehov og brukerens behov for kvalitet i tjenesten i tilstrekkelig grad (Kunnskapsdepartementet, 2020). Siden 2017 har RETHOS-prosjektet utarbeidet retningslinjer som skal definere sluttkompetansen for hver utdanning, og som utgjør en minstestandard for kompetanse innen helse- og sosialfag (Kunnskapsdepartementet, 2019). I forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019, §10, §11) står det blant annet at ved endt utdanning skal sykepleieren ha kunnskap om hvordan man kan oppdatere sin kompetanse, samt begrunne valg i tråd med kunnskapsbasert praksis.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §4-1) og spesialisthelsetjenesteloven (2001, §2-2) foreligger det et forsvarlighetskrav til tilbud og ytelse av helsetjenester. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019), har sykepleiere plikt til å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Dette gjenspeiles i helsepersonelloven, hvor det står «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen førøvrig» (1999, §4). Det ligger dermed et kunnskapskrav for at sykepleiere skal kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie. Sykepleiere skal ha nødvendige kunnskaper og ferdigheter til å fange opp helsefaglige problemstillinger og til å utføre helsehjelp slik at faren for helseskader reduseres (Lillemoen, 2015, s. 330).

### **2.3 Etske og juridske aspekter**

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019) fremheves det at kunnskapsgrunnlaget og sykepleierens kompetanse skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Både moralske og etiske aspekter ligger som grunnlag for den sykepleiepleiefaglige yrkesutøvelsen (Holter, 2015, s. 112). Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og verdier. Det handler om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig (Flovik et al., 2008, s. 6). Etikk er teorien om moral. For å handle moralsk forutsetter det at man vet hva som er rett eller galt, godt eller dårlig, både i det praktiske liv eller i relasjon til pasienter (Nortvedt, 2016, s. 104).

I medisinsk og helsefaglig etikk blir de fire grunnleggende prinsippene velgjørhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet, fremhevet som spesielt betydningsfulle (Lillemoen, 2015, s. 305). Disse prinsippene setter rammene for hvordan man skal utøve sykepleie. Videre kan de yrkesetiske retningslinjene fortelle at «sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Velgjørhetsprinsippet er tanken om å både ville, og etter beste evne, gjøre det beste for pasienten (Nortvedt, 2016, s. 96). Ikke skade-prinsippet omfatter blant annet at sykepleier skal minimalisere smerter og ubehag, samt handlinger som urettmessig kan påføre pasienten skade eller unødige belastninger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18). Autonomiprinsippet (selvbestemmelse) innebærer at man skal bestemme over sin egen behandling og pleie, inkludert retten til å nekte slik hjelp (Nortvedt, 2016, s. 98). Etter norsk lov, betyr dette i praksis at sykepleiere som blir tilbudt vaksinasjon har rett til å bestemme om de vil la seg vaksinere eller ikke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §4-1). Det siste prinsippet, rettferdighet, aktualiseres ved prioriteringsspørsmål i helsetjenesten (Lillemoen, 2015, s. 306).

### **2.4 Sesonginfluensa**

Sesonginfluensa rammer den norske befolkningen årlig i perioden desember til april. Dette skyldes to typer influensavirus, type A og B. Enkelte år kan influensautbruddene gi epidemier som fører til mange syke og mange dødsfall. Influensautbrudd blir derfor nøye overvåket av



FHI (Hånes, 2018). Smittemåten er nærdråpe-, luft- og kontaktsmitte og man er vanligvis smitteførende ett døgn tid før symptomdebut og 3-5 dager fremover. Man kan også være asymptomatisk, men likevel smitteførende (Folkehelseinstituttet, 2018). Det beste forebyggende tiltaket mot influensa er vaksine. Ellers bør andre smittevernstiltak iverksettes, som å unngå nærkontakt med syke personer, samt god håndhygiene (Hånes, 2018).

Influensa type A og B har evne til antigen drift, som betyr at det skjer mutasjoner og rekombinering av virusgener med små endringer. Dette fører til varierende subtyper fra én sesong til neste. Dersom endringen er liten, kalles det for antigen drift, noe som kan resultere i mindre utbrudd fordi mange er delvis immune mot et lignende virus fra tidligere. Influensa type A kan derimot ha større endringer i virusgenene, og dette kalles antigen shift. Viruset vil være nytt for de fleste, og færre i befolkningen vil være delvis eller helt immune mot viruset. At influensa type A har evnen til antigen shift gjør at viruset har stor betydning for utvikling av pandemier (Andersen, 2015, s. 206). Siden influensavirusene endrer seg hele tiden må man ta ny influensavaksine hvert år for å sikre immunitet mot sesonginfluensa (Folkehelseinstituttet, 2018).

## **2.5 Influensavaksine**

Første gang kroppen smittes med virus vil det produseres antistoffer som gjenkjenner akkurat dette viruset. Neste gang kroppen blir utsatt for det samme viruset vil immunresponsen komme raskere og bli kraftigere, noe som forhindrer at den smittede blir syk. Det har oppstått immunitet. Ved vaksinasjon tilføres kroppen et svekket virus, deler av viruset eller noe som ligner det viruset det ønskes beskyttelse mot. Dersom den vaksinerte smittes med dette viruset vil immunresponsen forhindre sykdom (Næss, 2019).

Det er sjeldent at friske personer får alvorlige komplikasjoner etter influensainfeksjon, men personer i risikogruppen kan få alvorlige komplikasjoner og også en forverring av sin grunnsykdom. Influensavaksine kan hindre alvorlig influensasykdom og bidra til å beskytte mot forverring av en eventuell grunnsykdom (Folkehelseinstituttet, 2020a). På lik linje med personer i risikogruppen er helsepersonell anbefalt å ta influensavaksinen årlig grunnet pasientkontakt og dens risiko for smitteoverføringer (Folkehelseinstituttet, 2018).

Bivirkningene som følger med sesongbasert influensavaksine begynner som regel kort tid etter vaksinasjon. Vaksinen forårsaker svært sjelden alvorlige bivirkninger. 5-20% får en lokalreaksjon med rødhet, ømhet og/eller hevelse ved innstikksstedet. 1-10% får allmennsymptomer med feber, muskelsmerter og generell uvelhet. Mange tror at dette er symptomer på influensainfeksjon, men det er tegn på at immunforsvaret responderer på vaksinen. Influensavaksinen kan ikke forårsake infeksjon eller influensasykdom, da vaksinen inneholder deler av inaktivert virus. Det er meget sjelden at man får allergiske reaksjoner, som generell urticaria og anafylaksi, men det kan forekomme (Robertson & Klüwer, 2020).

Full effekt av vaksinasjon opptrer etter 1-2 uker. Effekten av influensavaksinen har i de senere år ligget gjennomsnittlig på rundt 60%. Det betyr at cirka 60% av de som er vaksinerte er beskyttet mot influensasykdom. Vaksineeffekten kan variere i styrke og varighet, da det er flere faktorer til stede som egenskaper ved viruset, ved vaksinen og ved de som vaksineres. Vaksinerte personer kan bli smittet igjen og få influensasykdom, men det kan se ut til at vaksinen reduserer risikoen for alvorlige sykdomsforløp. Derfor anbefaler FHI at de som bør unngå influensa, sikrer seg best ved å ta vaksinen årlig (Robertson & Klüwer, 2017).

## **2.6 Politiske føringer**

Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005, §2) stiller krav om infeksjonskontrollprogram som inneholder tiltak som verner helsepersonell, ansatte og pasienter mot smitte.

Helseinstitusjonene skal gjennomføre tiltak som reduserer smitten fra helsepersonell til pasienter. Sesonginfluensavaksinasjon av ansatte er et slik tiltak. For at flest mulig sykepleiere skal ta influensavaksinen må den være lett tilgjengelig, de må få tilbudet, ha tid og råd til å ta vaksinen. I 2020 distribuerte FHI 1,2 millioner doser influensavaksine til kommuner og helseforetak. For helsepersonell er det arbeidsgiver som betaler for både vaksinen og administrasjon av denne (Folkehelseinstituttet, 2020b). Dette er også hjemlet i forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005, §2-2, §3-6), hvor det står at arbeidsgiver har ansvar for at personell som kan utsettes for smitte i arbeidssituasjonen får informasjon om influensavaksinen og skal dekke utgiftene ved vaksinasjon.

Arbeidsgivere som legger til rette for å ta vaksinen i arbeidstiden forteller om en høyere vaksinasjonsdekning blant ansatte enn andre (Folkehelseinstituttet, 2020b). Arbeidsgiver må vurdere om det er forsvarlig å la ansatte som ikke tar imot tilbud om vaksine, arbeide med

sårbare pasienter. Dersom det vurderes at det ikke er forsvarlig må det etableres ekstra beskyttelsestiltak, eller den aktuelle ansatte får arbeidsoppgaver som ikke innebærer arbeid med sårbare pasienter (Helsedirektoratet, 2019).

I Norge er det FHI som har ansvar for vaksineforsyning og for å besørge god tilgang på kvalitetssikret informasjon (Folkehelseinstituttet, 2020b). FHI og helsemyndighetene innehar kunnskap som sykepleierne trenger, og tillit til FHI og helsemyndighetene innebærer dermed å stole på deres kompetanse (Grimen, 2008, s. 200).

### **2.6.1 Vaksinasjonskampanjer**

De fleste vestlige land baserer seg på anbefalingene for influensavaksinasjon fra WHO og European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Anbefalingene har i over lang tid omfattet vaksinasjon av definerte risikogrupper for å beskytte enkeltpersoner mot komplikasjoner og eventuell død av influensa. Flere land har gradvis utvidet anbefalingene til flere pasientgrupper, samt til helsepersonell som kan utgjøre en ekstra smittefare for sårbare pasienter. Norge har tilsvarende anbefalinger som de fleste vestlige land (Rydland, 2020).

Hvert år lanserer WHO “Flu Awareness Campaign” som promoterer influensavaksinering. I året som var fokuserte kampanjen særlig på å fremme vaksinasjon til de høyest prioriterte gruppene, samt å fremme andre forebyggende tiltak som håndhygiene (World Health Organization, 2020).

ECDC har laget en kommunikasjonsveileder for vaksinasjon mot influensa. Denne gir råd, veiledning og kampanjemateriell for å støtte nasjonale influensavaksinasjonskampanjer. Kampanjene har som formål å øke opptaket av influensavaksinasjon i EUs medlemsstater. Dette ved å gi befolkningen informasjon om sesonginfluensa og fordelene ved vaksinasjon. Kommunikasjonsveilederen inneholder retningslinjer som gir støtte til det nasjonale helsepersonellet som er ansvarlige for planleggingen og utviklingen av kommunikasjonsaktiviteter om forebygging av influensa (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020).

ECDC har gjort materialer for vaksinasjonskampanje tilgjengelig for arbeidsgivere på sykehus og sykehjem. Materialene som er inkludert i disse retningslinjene er utformet mot to

spesifikke, forhåndsidentifiserte målgrupper med informasjon om influensa og forebyggende tiltak kan være spesielt relevant for. Målgruppene er helsepersonell og risikogruppen. Målet med kommunikasjonsmaterialet, rettet mot helsepersonell, er å oppmuntre helsepersonell til å bli vaksinert mot sesonginfluensa hvert år. I stedet for å fremheve fordelene med vaksinasjon, besluttet ECDC å fokusere på risikotagende atferd, erkjenne eksisterende frykt og dele informasjon om risikoen forbundet med vaksinasjon (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020).

## **2.7 Faktorer som påvirker**

Vaksinemotstand har vært til stede helt siden 1800-tallet, da moderne infeksjonsmedisin raskt fikk utbredelse etter Edward Jenners koppevaksine (Frøland, 2020, s. 495). Vaksinemotstand og vaksineskepsis utgjør en stor trussel for den globale helsen, og WHO publiserte i 2019 en liste over disse truslene. I denne listen finner vi blant annet vaksineskepsis (World Health Organization, 2019).

I 2014 kom WHO med en rapport om vaksineskepsis, skrevet av rådgivningsgruppen Strategic Advisory Group of Experts (SAGE). De definerer vaksineskepsis som motvilje eller nekt av vaksinasjon til tross for tilgang på vaksiner. Videre kan de fortelle at årsaken til vaksineskepsis er komplekst, og varierer med både tid, sted og type vaksiner (World Health Organization, 2014, s. 7).

SAGE utarbeidet modellen 3Cs som beskriver faktorer som kan påvirke vaksinasjonsskepsisen. Modellen 3Cs står for complacency, convenience og confidence (World Health Organization, 2014, s. 11). For å unngå misforståelser fortsetter oppgaven med å bruke de engelske uttrykkene, da modellen er formulert på engelsk.

Confidence blir i modellen definert som tillit til effektiviteten og sikkerheten til vaksiner og tillit til systemet som leverer vaksinene, samt troverdigheten og kompetansen til helsetjenester og helsepersonell. I tillegg blir tillit til motivasjonen til de som tar beslutningen om hvilke vaksiner det er behov for inkludert (World Health Organization, 2014, s. 11). I Grimens (2008) teori vil tillitsgivere overlate noe av verdi til profesjonelle i god tro. Tillitsgivere forventer at det de overlater til den profesjonelle blir passende ivaretatt, og tar derfor ikke forholdsregler mot misbruk. Tillitens fremste kjennetegn er fravær av forholdsregler. Vekten

ligger på faktiske handlinger og de profesjonelles virkninger, og ikke på tillitsgiverens oppfatninger, hensikter eller vilje. Noe av det viktigste - og det vanskeligste - ved tillit til profesjonelle er at tillit kan gjengjeldes med makt. Tillit gir en relasjon som gir noen en mulighet til å sette sin vilje igjennom (Grimen, 2008, s. 197-198).

Complacency eksisterer der risikoen for vaksineforebyggende sykdommer er lav, og vaksiner som et forebyggende tiltak sees på som unødvendig for enkeltpersoner. Dette gjelder for både spesifikke vaksiner og vaksiner generelt som et forebyggende tiltak. Å lykkes med vaksinasjonsprogrammer kan føre til complacency, men også til skepsis, da enkelte vurderer risikoen for vaksiner mot risikoen for sykdommer som ikke lenger er vanlige. Enkeltpersoners tro på å gjennomføre vaksinasjon påvirker hvilken grad complacency har for vaksineskepsisen (World Health Organization, 2014, s. 11-12).

Vaksinens convenience måles etter hvilken grad vaksinens fysiske og geografiske tilgjengelighet, vaksinekostnader, samt språk- og helsekompetanse hos enkeltpersoner påvirker vaksineopptaket (World Health Organization, 2014, s. 12).

I WHO's rapport (2014, s. 12) kommer de frem til at vaksineskepsis er komplekst, og oppstår som følge av ulikheter i kultur/miljø, helsesystemer og økonomiske eller politiske faktorer. Religiøse argumenter er ofte basert på troen på at kroppen er hellig og vil bli «forurenset» av vaksiner. Filosofen Rudolf Steiner mente at det er bedre for menneskets sjel å gjennomgå naturlige infeksjoner enn å bli beskyttet på kunstig måte ved vaksinasjon (Frøland, 2020, s. 496). Personlig oppfatning av vaksinen eller påvirkning fra det sosiale miljøet kan ha en innflytelse til skepsisen mot vaksiner (World Health Organization, 2014, s. 12).

Vaksineskeptikere møter støtte for sine holdninger og meninger på sosiale medier og internett, hvor misforståelser og konspirasjonsteorier florerer (Frøland, 2020, s. 497). Man kan også ha utfordringer knyttet direkte til vaksinen; administrasjonsmetode, tilsetningsstoffer, kostnader, holdninger/anbefaling fra helsepersonell og flere (World Health Organization, 2014, s. 12).

### **3 Metode**

I metodekapitlet presenteres oppgavens fremgangsmåte, valg av metode, søkestrategi samt kildekritikk og etiske overveielser.

#### **3.1 Valg av metode**

Denne oppgaven henter data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Det er også slik Dalland (2017, s. 207) definerer en litterær oppgave. Valgte forskningsartikler har både kvalitativ og kvantitativ metode i forskningen. De kvantitative metodene har den fordel at de gir data i form av målbare enheter, og det gir muligheten til å se hvor stor del av sykepleiere som for eksempel har tillit til vaksinen eller ikke. Ved kvalitativ metode får man mulighet til å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, motiver og holdninger som man ikke kan tallfeste eller måle (Thidemann, 2019, s. 75-76). Flere av artiklene har dette som metode, og det gjør at oppgaven kan belyse personlige meninger/holdninger til sykepleieres avgjørelse om å la seg vaksinere.

#### **3.2 Søkestrategi og databaser**

Det ble gjort søk i ulike databaser med formål om å finne forskning som kunne bidra til å besvare oppgavens problemstilling. Det ble brukt databaser som er tilgjengelig gjennom skolens bibliotek; Cinahl og PubMed. Databasene ble valgt på bakgrunn av bred dekning av tidsskrifter innen sykepleie og helsefag, i tillegg til at artiklene i stor grad er tilgjengelig i fulltekst.

Opgavens opprinnelige formål var å skrive om sykepleiers holdning til vaksiner, og søkeordene til første søk i Cinahl ble derfor: «Attitude to vaccines» og «Nurse attitudes». Dette ble kombinert med «AND» for å få et mer spesifikt søk, og resulterte i 15 treff. Mange av artiklene i dette søket handlet kun om influensavaksiner. Dette vekket nysgjerrigheten om hvordan vaksinasjonsdekningen var blant influensavaksiner og sykepleiere i Norge. Etter å ha undersøkt temaene influensavaksiner og sykepleiere ytterligere, ble problemstillingen og søket begrenset til å kun omhandle influensavaksiner.

Ettersom problemstillingen endret seg fra å handle om vaksiner til spesifikt influensavaksiner, ble de nye søkeordene i databasen PubMed: «Nurses», «Influenza vaccine» og «Attitude».

Søkeordene ble kombinert med «AND» for å gi et treff som var mer spesifisert til oppgavens problemstilling. Søket ble begrenset fra år 2010-2020, og språket måtte være dansk, svensk, norsk eller engelsk. Dette resulterte i et treff på 170 artikler.

### 3.2.1 Tabell 1: Søk etter forskningslitteratur

Søkedato	Søknr	Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
24.11.20	1	Cinahl	1. Attitude to vaccines 2. Nurse attitudes 3. 1 AND 2	15	6	3	2	Pless, A., McLennan, S. R., Nicca, D., Shaw, D. M. & Elger, B. S. (2017). <i>Reasons why nurses decline influenza vaccination: a qualitative study.</i>  Quinn, G. (2014). <i>Nurses' experiences of the seasonal influenza vaccine in residential care.</i>
24.11.20	2	PubMed	1. Nurses 2. Influenza vaccine 3. Attitude 4. 1 AND 2 AND 3  Limits: 2010-2020 Språk: dansk, svensk, norsk og engelsk	170	16	7	2	Karlsson, L. C., Lewandowsky, S., Antfolk, J., Salo, P., Lindfelt, M., Oksanen, T., Kivimäki, M. & Soveri, A. (2019). <i>The association between vaccination confidence, vaccination behavior, and willingness to recommend vaccines among Finnish healthcare workers.</i>  Hulo, S., Nuvoli, A., Sobaszek, A. & Salembier-trichard, A. (2017). <i>Knowledge and attitudes towards influenza vaccination of health care workers in emergency services.</i>

### 3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å få et strukturert og spesifisert søk ble disse kriteriene satt for artiklene:

- Artiklene er skrevet på engelsk eller skandinavisk språk
- Artiklene må være publisert i 2010 eller senere
- Tidsskriftet må være fagfelleurdert
  - Dette ble sjekket på Norsk senter for forskningsdata (2020) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler
- Artiklene må ha relevans til problemstillingen

- De må omhandle sykepleiers meninger/holdninger til influensavaksiner
- De tar for seg influensavaksinering i Europa
- De tar for seg sykepleiere med direkte pasientarbeid

### **3.3 Kildekritikk**

For å sikre artiklens relevans til oppgavens problemstilling ble det anvendt inklusjons- og eksklusjonskriterier gjennom søkene. For å være sikker på at forskning og litteratur er oppdatert og relevant, var det et krav at datamaterialet ikke skulle være eldre enn 10 år. I teorikapittelet brukes det eldre referanser fra Nightingale (1863;1984). Disse vurderes som sikre kilder da Nightingales teorier fortsatt er av stor betydning for sykepleierfaget i dag.

Forskningen er bevisst valgt fra europeiske land, for å sikre overføringsverdien til Norge. Vaksinasjonsdekningen og faktorene må kunne overføres til norske sykepleieres holdninger/meninger til å selv bli vaksinert. I vurderingen av forskningsartiklens troverdighet ble det sørget for at de var fagfelleverdert og at de fulgte en tydelig IMRaD-struktur.

Utenom valgte forskningsartikler er det blitt brukt litteratur knyttet til pensum i sykepleiestudiet, da dette ofte er nyere utgaver med oppdatert fagstoff. Influensa og influensavaksine er et felt som stadig er i endring, og det er viktig at oppgavens innhold skal være oppdatert. FHI har øverste ansvaret for å gi informasjon og retningslinjer om bruk av vaksiner, oppgaven benytter seg derfor mye av deres nettsider.

### **3.4 Etiske overveielser**

De fleste artiklene i oppgaven har foretatt sine etiske overveielser, utenom studien gjort av Hulo et al. (2017). Artikkelen er likevel blitt anvendt da datamaterialet er anonymisert og resultatene i studien er nyttig for oppgaven. Oppgaven er litterær og baserer seg på eksisterende faglitteratur. Henvisning er gjort etter Lovisenberg Diakonale høyskoles (2021) retningslinjer for oppgaveskriving, hvor referansestilen APA 7th er anbefalt.



## 4 Presentasjon av forskningsresultater

### 4.1 Syntese

Funnene i valgte forskningsartikler viser at den viktigste barrieren mot vaksinasjon er mangel på tid, mangel på sikkerhet for vaksinen, frykt for å få influensa på grunn av vaksinasjon, mangel på effektivitet og tvil om nytten av vaksinen hos friske ansatte. Videre viser funnene at leger blir vaksinert oftere enn sykepleiere, og at sykepleiere vaksineres oftere enn hjelpepleiere. Graden av tillit til evidensbasert informasjon øker sammen med utdanningsnivået. Sykepleierne har et ønske om å lære mer om sesonginfluensavaksinen og søker ytterligere empirisk kunnskap. Generelt sett viser funnene at helsepersonell har behov for informasjon om vaksineeffektivitet, sikkerhet og risikoen for pasientene. Manglende tillit til helsemyndighetene ble rapportert som en barriere mot å ta influensavaksine. For flere av deltakerne var autonomien avgjørende for å opprettholde en sterk og sunn kropp, noe som var spesielt viktig på grunn av den vanlige oppfatningen om å være omgitt av et upålitelig miljø.

### 4.2 Tabell 2: Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/Metode	Funn
1	Pless, A., McLennam, S. R., Nicca, D., Shaw, D.M & Elger, B.S. (2017)	Reasons why nurses decline influenza vaccination: a qualitative study	BMC nurse	Avdekke grunner til at sykepleiere ikke tar influensavaksine.	Individualiserte, semistrukturerte dybdeintervju av 18 sykepleiere som jobber på sykehus i Sveits.	Ideen om å opprettholde en sterk og sunn kropp var sentralt for å avvise vaksinen. Ønsket om å opprettholde autonomi var et motiv for å avvise vaksinen. Svekket tillit til de som lagde og solgte vaksinen var grunn for avvisning.
2	Quinn, G. (2014)	Nurses' experiences of the seasonal influenza vaccine in residential care	British Journal of Nursing	Få innsikt i utfordringer sykepleiere opplever med å ta den sesongbaserte influensavaksinen.	Kvalitativ studie (semi-strukturert intervju). Deltakerne er sykepleiere (11) som jobber på sykehjem i Irland.	Påvirkning fra media, familie og venner ble fremhevet som mulig sterkere innflytelse på vaksinasjonsbeslutningen enn empirisk kunnskap.

						De fleste deltakerne fryktet bivirkninger.
3	Karlsson, C., Lewandowsky, S., Antfolk, J., Salo, P., Lindfelt, M., Oksanen, T., Kivimaki, M. & Soveri, A. (2019)	The association between vaccination confidence, vaccination behavior, and willingness to recommend vaccines among Finnish healthcare workers	PLOS ONE	Utforske assosiasjonen mellom vaksinetilliten hos helsepersonell og deres beslutninger om å vaksinere seg selv, barna sine, og deres vilje til å anbefale pasienter om å vaksinere seg.	Kvantitativt elektronisk spørreskjema utført i Finland. 4286 svarte (49% responsrate).	Mer sannsynlig at helsepersonell med høy tillit til vaksinen aksepterte å vaksinere seg selv. Studien viste at tilliten til fordelene og sikkerheten til vaksiner har sammenheng mellom graden av medisinsk opplæring. Leger hadde høyere tillit enn sykepleiere. Det ble rapportert om lav vaksinasjonstillit.
4	Hulo, S., Nuvoli, A, Spbaszek & Salembier-trichard, A. (2017)	Knowledge and attitudes towards influenza vaccination of health care workers in emergency services	Vaccine	Identifisere kunnskap og holdning til influensavaksine av helsepersonell i akuttmottak.	Tverrsnittsstudie. Selvadministrerte spørreskjema til helsepersonell i akuttmottak og intensivavdelingene på sykehus i Frankrike. 344 svarte på spørreskjemaet.	De fleste svarte at frykten for å smitte familie, beskytte pasienten og seg selv var den største motivasjonen å vaksinere seg. Etter oppfordring fra lege ble 12% av helsepersonellet vaksinert. Vaksinekampanjer på arbeidsplassen var 3% som ble vaksinert. De viktigste barrierene: mangel på tid, mangel på trygghet til vaksinen, frykt for å få influensa pga. vaksinasjon, mangel på effektivitet eller skepsis til nytten av vaksinen for friske ansatte.

## 5 Diskusjon

### 5.1 Sykepleiers kunnskap om vaksinasjon og sesonginfluensa

Florence Nightingale (1984, s. 18) mente at mangel på kunnskap hos sykepleiere kunne resultere i smerte og lidelse for pasienten. Det overordnede bildet viser lavt kunnskapsnivå om influensa og influensavaksine blant sykepleierne i de valgte studiene. I studiene til Pless et al. (2017, s. 5) og Quinn (2014, s. 943) baserer sykepleierne seg på manglende kunnskap i avgjørelsen om å ikke la seg vaksinere. Det er rimelig å anta at en av arbeidsplassens oppgaver er å formidle kunnskap om influensavaksinering, men at arbeidsgiver også skal kunne forvente et visst kunnskapsnivå fra en ferdig utdannet sykepleier.

I Pless et al. (2017) sin studie begrunnes årsaker til hvorfor sykepleiere har valgt å ikke vaksinere seg mot influensa. Her kan en av sykepleierne fortelle at ved tilbud om influensavaksine ble det ikke informert om virkning og effekt av vaksinen. Videre har vedkommende ikke noen idé om hva vaksinen er godt for, og stiller spørsmål til hvorfor hen bør vaksineres (Pless et al., 2017, s. 5). I samme studie kommer det frem at sykepleierne ikke har fått informasjon eller anbefalinger fra arbeidsplassen. Dette strider imot det som er hjemlet i forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005, §2). På den annen side kan ikke sykepleierne forvente å få all informasjon fra arbeidsgiver. Som sykepleier har man også et selvstendig ansvar til å utøve kunnskapsbasert praksis og dermed holde seg faglig oppdatert innen fagfeltet og aktuelle yrkeshendelser (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §10, §11; Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleierne er klar over kunnskapshullet, og fra studien blir det vist at sykepleierne viser interesse og etterspør forskningsbasert kunnskap:

If there was further education... Further education classes, which you had go to, which were mandatory, right? If this were to be made transparent ... If studies would be published on how many patients actually get infected by the staff ... And the numbers are impressive, then I think that would have a signalling effect (Pless et al., 2017, s. 5).

Samme studie viser at frykt for bivirkninger var et uttalt tema (Pless et al., 2017, s. 3). I studien til Hulo et al. (2017, s. 943) mente 29% av deltakerne at den største barrieren mot å ta vaksine var at de kunne få influensa som bivirkning. Den samme troen delte samtlige sykepleiere i studien til Quinn (2014, s. 943). Dersom sykepleierne holdt seg faglig oppdatert

hadde de visst at det ikke er mulig å få influensa som en bivirkning av influensavaksinen. Samtidig kan man se at sykepleierne benytter erfaringsbasert kunnskap, da de uttrykker bekymring for fremtidige ukjente bivirkninger. En bekymring som ble forsterket av kunnskap om bivirkningene som kom med H1N1-influensavaksinen (svineinfluensavaksinen) (Quinn, 2014, s. 943). Dette taler for at sykepleierne utøver kunnskapsbasert praksis, da sykepleierne benytter kliniske erfaringer i valget om vaksinasjon.

I forskningen gjort av Karlsson et al. (2019, s. 10) kom det frem en signifikant forskjell på faggruppens ulike oppfatninger om vaksiner var gunstige og trygge. Hjelpepleierne oppfattet vaksiner som mindre gunstige og trygge enn sykepleierne. Sykepleierne oppfattet vaksiner som mindre gunstige og trygge enn det legene gjorde. Studien viste at graden av tillit til evidensbasert informasjon om vaksiner var relatert til utdanningsnivå, ettersom grad av tilliten økte sammen med utdanningsnivået. Siden studien er besvart av en stor andel helsepersonell (2962), vurderes resultatet som pålitelig (Karlsson et al., 2019, s. 6). Man kan se en støtte av Karlssons et al. (2019) resultater i studien gjort av Hulo et al. (2017, s. 206), der legene ble vaksinert oftere enn sykepleierne. En mulig antagelse er at kunnskaper om vaksinasjon ikke blir tilstrekkelig dekket under sykepleierutdanningen, og at dette har skapt en forskjell på legers og sykepleieres kompetanse. Deltakerne i Pless et al. (2017, s. 3) deler samme tro som Rudolf Steiner; at det er bedre for mennesket å gjennomgå naturlige infeksjoner enn å bli beskyttet på kunstig måte slik som ved influensavaksinasjon (Frøland, 2020, s. 496). På grunn av lav evidensbasert kunnskap i sykepleierutdanningen risikerer man at sykepleierne heller følger en filosofisk tro. En viktig bemerkelse er at studien til Pless et al. (2017) intervjuer 18 sykepleiere, noe som kan begrense generaliseringen av funnene.

I forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning (2020, §16) har medisinstudentene et spesifisert læringsutbytte om vaksiner. I sykepleiers retningslinjer blir ikke vaksiner spesifisert som et eget læringsutbytte (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019). Det er logisk at medisinutdanningen må ha et mer spesifisert punkt om vaksiner enn sykepleiere, siden det er fastlegene som jobber direkte med diagnostisering av influensa og forordning av vaksinasjon (Furuset, 2021). Influensavaksineringen berører alle sykepleiere i nærkontakt med pasienter og pårørende i risikogruppen, ettersom det er de som tilbringer mest tid med pasientene (Holter, 2015, s. 115). Det kan dermed tyde på at man er nødt til å få vaksinasjon inn i sykepleierutdanningens

læreplan, slik at nyutdannede sykepleiere imøtekommer det kompetansebehovet som er i helsetjenesten.

Ved å fylle kunnskapshullet vil man kunne bidra til å gjenvinne pasientens helse og mestring, på det grunnlaget Nightingale (1984, s. 8) mente sykepleiekunnskap var. Ifølge studien til Hulo et al. (2017, s. 206) mener 30% at et tiltak for å øke vaksinasjonsdekningen er å informere helsepersonell om vaksineeffektiviteten. 18% mener informasjon om sikkerheten til vaksinen må informeres om, og 11% svarer at informasjon om risiko for pasientene er et relevant tiltak. Dersom sykepleiere hadde fått tilstrekkelig informasjon fra arbeidsgiver og/eller utdanningssted, samt utøvet kunnskapsbasert praksis ved å holde seg oppdatert på sesonginfluensa og influensavaksine, er det nærliggende å tro at vaksinasjonsdekningen ville vært større enn det den er i dag.

## **5.2 Rammene rundt influensavaksinasjon**

For at sykepleierne skal få tilstrekkelig informasjon om influensavaksine på arbeidsplassen har ECDC laget ressurser til vaksinasjonskampanjer. Kampanjene gir også en oppfordring til å la seg vaksinere (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020). Likevel opplever sykepleierne forvirring og frustrasjon angående omfanget av informasjonen som blir gitt i kampanjer på sin arbeidsplass, noe som kommer frem i Quinns (2014) studie.

Deltakernes svar antydte at sykepleierne har et ønske om å lære mer om sesonginfluensavaksinen og søker ytterligere empirisk kunnskap igjennom vaksinasjonskampanjer. Det kan dermed se ut til at økt kunnskap gjennom vaksinasjonskampanjer kan øke vaksinasjonsdekningen blant sykepleiere, noe deltakerne i Quinns (2014, s. 944) studie viser støtte til. På den annen side viser studien til Hulo et al. (2017, s. 206) at kampanjer på arbeidsplassen oppfordret bare 3% av helsepersonellet til å ta sesonginfluensavaksinen. Man ser også at vaksinasjonskampanjer ikke har ønsket effekt blant sykepleierne i Pless' et al. (2017, s. 6) studie. Ifølge Quinn (2014, s. 944) er det mulig at den empiriske informasjonen var tilgjengelig for deltakerne, men påvirkningen fra andre kilder var sterkere eller ble levert på en mer tiltalende måte. Sykehjemmene og sykehusene har tilgang på materiell distribuert av ECDC, men det er nok ikke alle som benytter seg av rådene de kommer med. På de forskjellige arbeidsstedene kan det muligens være manglende informasjon på kampanjeplakatene og materiell som ikke er tiltalende for sykepleierne.

Sykepleiernes beslutningstaking om egen vaksinasjon var blant annet påvirket av personlige erfaringer, og hadde sterkere innflytelse enn empirisk kunnskap (Quinn, 2014, s. 944). Studiens funn er basert på et lite utvalg sykepleiere som gjør at det ikke kan trekkes generaliserende slutninger ut ifra det. Til gjengjeld blir funnene om personlige erfaringer støttet opp av studien gjort av Pless et al. (2017). Deltakerne rapporterte at de baserte den endelige beslutningen sin på en negativ opplevelse de hadde med vaksinasjon for mer enn et tiår siden (Pless et al., 2017, s. 3). Dette kan tyde på at sykepleierne prioriterer sine personlige erfaringer høyere, enn å faktisk ta beslutningen om influensavaksinasjon på et tilstrekkelig, empirisk kunnskapsgrunnlag. 69% vaksinerte seg i frykt for å smitte familie, mens 58% vaksinerte seg for egen beskyttelse (Hulo et al., 2017, s. 206). Det fremkommer ikke i Hulos et al. (2017) studie om disse deltakerne var informerte om aktuelle bivirkninger av influensavaksinen. Det kan antas at de var klar over bivirkningene, da man som regel blir informert om dette ved vaksinasjon. Det kan se ut til at personlige erfaringer baserer seg på negative opplevelser man selv har opplevd i forbindelse med vaksinen. Personlige relasjoner som familie kan likevel se ut til å ha en sterkere påvirkningskraft på sykepleiernes personlige beslutningstaking for influensavaksinen, enn frykten for bivirkninger.

Det er ikke kun personlige erfaringer som ser ut til å være en påvirkningsfaktor, men også at arbeidsmiljøet kan ha en innvirkning på sykepleiernes personlige kunnskaper. Ifølge Quinn (2014, s. 945) er det mulig at deltakerne søkte bekreftelse for sine personlige synspunkter på sesonginfluensavaksinen ved å oppsøke sine kolleger og ledere. Sykepleierne brukte kollegers innflytelse som en personlig kilde til kunnskap, og dette hadde en tilknytning til deres personlige erfaringer om vaksinasjon. En av sykepleierne kan fortelle: «The way we all talk, we all dialogue at work, that then I would sell it on to someone else. We are definitely influenced by others, there are definite strong personalities that you listen to» (Quinn, 2014, s. 945). Noe som ikke blir trukket frem i Quinns (2014) studie er om de diskuterer positive eller negative erfaringer sammen med kolleger og ledere. Blant sykepleierne i Pless et al. (2017, s. 3) er det tydelig at det kun er de negative sidene som for eksempel bivirkninger ved influensavaksineringen som blir trukket frem som et omdiskutert tema. En mulig antagelse er at et upålitelig miljø hvor det spres mye negative opplevelser i forbindelse med influensavaksinen, som ikke er basert på forskningsbasert kunnskap, blir brukt som en faktor som forsterker skepsisen til influensavaksineringen. Hvis det derimot deles positive erfaringer er det naturlig å tro at dette ville hatt en positiv effekt på vaksinasjonsdekningen på arbeidsplassen.

Mangel på tid ble rapportert som en av de viktigste barrierene mot vaksinasjon i studien til Hulo et al. (2017, s. 206). Dette er den eneste forskningsartikkelen i oppgaven som tar for seg mangel på tid som et hinder for vaksinasjon, og den utdyper heller ikke om det er mangel på tid i arbeidshverdagen eller i fritiden. Man kan anta at deltakerne ikke fikk tilbudt vaksinen i arbeidstiden, da arbeidsgiver mest sannsynlig ville satt av tid til vaksinasjon på et gitt tidspunkt. Å få tid til å ta vaksinen i arbeidstiden vil øke tilgjengeligheten, noe som er avgjørende for vaksinasjonsdekningen (World Health Organization, 2014, s. 12). FHI nærmest pålegger ledere på arbeidsplassene til å sette av tid i arbeidsdagen til vaksinasjon, dersom de skal få økt vaksinasjonsdekningen (Folkehelseinstituttet, 2020b). At arbeidsgiver prioriterer tid til vaksinasjon, fremmer pasientens sikkerhet på lang sikt. Dersom tiden ikke blir prioritert for gitt formål brukes sykepleiers ressurser til pasientens situasjon i dette øyeblikk. For å ikke skade pasienten i øvrige situasjoner er arbeidsgiver nødt til å øke bemanningen, slik at sykepleier kan vaksinere seg uten at det går på bekostning av pasientens helse og sikkerhet.

### **5.3 Sykepleiers autonomi og den moralske plikten**

Press og oppfordring til å ta den årlige influensavaksinen blir oppfattet som noe som truer sykepleiernes følelse av selvbestemmelse og rett til autonomi (Quinn, 2014, s. 945). Både velgjøringsprinsippet og ikke skade-prinsippet kan tilsi at sykepleier bør vaksinere seg mot influensa, av ansvar for pasientene. På den annen side har vi autonomiprinsippet som sier at all helsehjelp skal være basert på samtykke. Autonomiprinsippet taler i favør til at sykepleieren har fritt valg i avgjørelsen om å la seg vaksinere.

Sykepleiere opplever at deres autonomi blir svekket ved at arbeidsgiver pålegger de krav som strider imot deres egne rettigheter på arbeidsplassen:

Because there`s always something new, isn`t there? It won`t just stop with the influenza vaccination ... You can`t dictate, the hospital can`t dictate "don`t go partying, young people. You`ll fall ill more easily if you go to a club." or something like that. There`s always people drawing bigger circles, right ... No obesity, then you will be more likely to miss work. There is a line somewhere, when you begin to affect personal rights. (Pless et al., 2017, s. 3)

Dette er en prinsipielt viktig distinksjon fra sykepleierens side, som sier noe om hvor grensen går mellom sykepleierens autonomi og dens moralske plikt. Arbeidsgiver bestemmer ikke over sykepleierens livsstil og fritid. Arbeidsgiver kan likevel frata sykepleierens arbeid, dersom hen utgjør en smitterisiko, som pasienter kan ta skade av. Dermed veier arbeidsgiver velgjørenhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet hos pasientene høyere enn autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet i hensyn til sykepleieren. Sykepleieren må derfor omstille seg og enten la seg vaksinere eller godta et tilrettelagt, forsvarlig arbeid. En av sykepleierne fra Quinns (2014) studie gav uttrykk for at måten arbeidsgiver behandler sykepleierne på er urettferdig, og ville ikke vært forsvarlig som behandling av pasient: «I suppose it just makes you feel angry. If we did this to a patient, we injected them with something against their wishes, it would be classed as abuse, a form of assault» (Quinn, 2014, s. 945).

I helsetjenesten handler rettferdighetsprinsippet ofte om prioriteringer og at enhver skal behandles likt. I denne situasjonen ser det derimot ut til at arbeidsgiver prioriterer pasientens autonomi høyere enn sykepleiers. Samtidig er det relevant å nevne at sykepleier har valgt et yrke der man skal hjelpe og være i kontakt med flere sårbare pasientgrupper, mens fra pasientens side er ikke den sårbare situasjonen et ønsket valg. Et sykehusopphold eller et liv på sykehjem er ofte uforutsett. Man kommer i risikogruppen og blir avhengig av et trygt miljø rundt seg, slik Nightingale fremhever god sykepleie er (Nortvedt, 2008, s. 80).

Ved at arbeidsgiver fratar sykepleiere arbeidsoppgaver dersom de ikke vaksineres, kan det bli oppfattet som press for å ta vaksinen. Flere sykepleiere ønsket ikke at deres avgjørelsesautonomi skulle bli begrenset av press fra sine overordnede. De opplevde også ordlyden fra arbeidsgiver som moraliserende og at deres velvære gikk på bekostning av pasientenes (Pless et al., 2017, s. 4). Hadde det blitt innført obligatorisk vaksinerings ville det kunne gagne pasientgruppene. På den annen side strider dette imot autonomiprinsippet og vil trolig føre til en mistillit blant helsepersonell og en negativ holdning på arbeidsplassen. Det er nærliggende å tro at flere vil oppleve et tap av kontroll over eget liv og helse, noe som også viser stor aggresjon blant deltakerne i Quinns (2014, s. 945) studie. Å ha et alternativt valg til vaksinerings, som for eksempel andre smittevernstiltak, kan bidra til å skape en følelse av kontroll hos sykepleierne.



Flere studier avdekker ulik praksis ved forskjellige arbeidsplasser. I Quinns (2014, s. 946) studie tror noen av sykepleierne at arbeidsgivers motivasjon for influensavaksinering var å forebygge sykefravær. I Pless' et al. (2017, s. 3) studie har sykepleierne et fokus på at arbeidsgiver ikke kan frata de sykedager, som de har rett på. Velgjørenhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet tilsier at sykepleiere ikke skal komme på jobb dersom de har influensa. Hvis man kan forhindre influensasykdom, vil det være det beste for både arbeidsgiver, sykepleier og pasientene. Det kan virke som at noen sykepleiere mener de har rett på sykedager siden de gjør så mye for andre på jobb: «That if there's too much stress at work that you don't have as much immune resistance...that you can stay at home for a week and don't have to go to work by all means» (Pless et al., 2017, s. 3). Argumentet sykepleieren kommer med, om at immunforsvaret blir dårligere av stresset på jobb, er ikke et argument mot selve influensavaksineringen. Det er likevel relevant da det understreker sykepleieres ønske om å sette søkelys på egen autonomi og helse i en belastende arbeidshverdag.

I studien til Hulo et al. (2017, s. 206) kommer det frem at 21% tviler på nytten av influensavaksinen hos friske ansatte, og at dette var den viktigste barrieren mot vaksinasjon. Et vellykket vaksinasjonsprogram vil gi lav risiko for smitte, som igjen kan føre til at sykepleiere ser på vaksinasjon som et unødvendig tiltak (World Health Organization, 2014, s. 11-12). Historien har vist at det er mulig å utrydde truende infeksjonssykdommer ved hjelp av vaksinasjon (Frøland, 2020, s. 428-430). Det kan se ut som at deltakerne ikke vurderer pasientenes sikkerhet, og dermed ikke tar avgjørelsen om vaksinasjon i lys av sykepleiers forebyggende funksjon. Sykepleierne i Quinns (2014, s. 945) studie uttrykte et ønske om å beskytte pasientene, selv om egen preferanse var å reservere seg mot influensavaksinen. Det kan derfor se ut til at sykepleierne er bevisste på den moralske og etiske konflikten de står i rundt influensavaksinasjon. En mulig faktor for å vaksinere seg er den moralske plikten sykepleierne berøres av, ved å alltid handle til pasientens fordel. En moralsk vurdering trenger ikke å hindre sykepleierens personlige autonomi, noe som trekkes frem som en annen faktor av stor betydning i studiene (Quinn, 2014, s. 945; Pless, 2017, s. 2).

#### **5.4 Sykepleiers tillit til influensavaksinens sikkerhet og vaksinesystemets formål**

I studien til Hulo et al. (2017, s. 206) vektla deltakerne manglende effektivitet og sikkerhet som den viktigste barrieren mot vaksinasjon. Noen av sykepleierne i studien til Pless et al.

(2017) argumenterer mot sesongbasert influensavaksine fordi det er flere virus og virus som gjennomgår mutasjoner. Et argument her er at sammensetningen av vaksinen bare var basert på antagelser om hvordan denne sesongens influensavirus ville se ut. Vaksinen blir utviklet og produsert raskt hvert år, og dermed trodde de at vaksinen sannsynligvis ikke ville være effektiv (Pless et al., 2017, s. 4). Produksjonen av influensavaksinen tar omtrent seks måneder, så virusstammene til neste sesongs vaksiner er nødt til å bli valgt ut flere måneder før vaksinen skal brukes. Influensavaksinen har de siste årene hatt en effektivitet på ca. 60%, selv med den korte produksjonstiden og utvelgelsen av virusstammene (Robertson & Klüwer, 2017). Sykepleierne i Pless et al. (2017) og Hulo et al. (2017) utdyper ikke hvorfor de er kritiske. I Quinns (2014, s. 943) studie ser man nærmere på dette. Her er en gjenganger at mange trekker erfaring fra svineinfluensavaksinen. Dette har bidratt til å svekke tilliten til sikkerheten rundt influensavaksinen. Studien til Pless et al. (2017, s. 5) viste at mangel på tillit var mer uttalt jo mindre kunnskapsrike sykepleiere var med hensyn til sesonginflensaforebygging. Økt kunnskap om sikkerheten og effektiviteten til influensavaksinen vil kunne bidra til å øke tilliten til vaksinen. Dette bekreftes av SAGES rapport om vaksineskepsis (World Health Organization, 2014, s. 11). I tillegg bør sykepleierne vise til kritisk vurdering med tanke på hvor de innhenter sin kunnskap, hvis den kritiske tenkningen skal gjøre nytte.

Det europeiske legemiddelkontoret godkjenner en vaksine etter å ha vurdert nytte og risiko på grunnlag av kliniske studier. En vaksine blir kun godkjent dersom nytten er større enn risikoen (Statens legemiddelverk, 2020). Det kan forventes at sykepleierne i studien til Pless et al. (2017) vet om godkjennelsesprosessene, men at tilliten til hele systemet er svekket. Siden influensavaksinen må bli produsert raskt hvert år mistenker flere sykepleiere fra studien til Pless et al. (2017, s. 4) at motivasjonen til produsentene var av økonomiske årsaker, og ikke for deres eget og pasientens beste. De uttrykker mistillit overfor farmasøytiske selskaper etter svineinfluensaepidemien, da sykepleierne mente at farmasøytiske selskaper utnyttet sykepleiernes moralske plikt til egen økonomisk fordel:

Well I got the vaccination every year...until last year. And this year there was this hype with this...this hype because of this H1N1 where they told us here in this unit.. I don't think it was just this unit even, but... basically they forced us: "If you don't do this, then it's your fault, basically, if a patient dies." That's put in a provocative way...And, like they finally found out, nothing really happened. To the contrary, the

pharma companies got rich...that's why this year, or last season I said: "No, I'm not doing this anymore." (Pless et al., 2017, s. 4)

Det ble vist i studien til Hulo et al. (2017, s. 206) at oppfordring til vaksinasjon fra en behandlende lege fikk 12% av helsepersonellet til å bli vaksinert. Sammen med studien til Karlsson et al. (2019, s. 7) synliggjør dette at sykepleierne har tillit til annet helsepersonell. Det kan dermed se ut til at legen er en mellomperson som kan bygge tillit mellom sykepleierne og legemiddelindustrien. En tvil om motivasjonen og troverdigheten mellom disse leddene er også til stede blant noen av sykepleierne:

From my point of view all it's really about, is the money. It's not about the patient... I think there's a Mafia between the doctors and the pharma industry. They both benefit from each other. It's a "lucrative" deal, it has to be produced quickly and the pharma industry makes a lot of money from it. (Pless et al., 2017, s. 4)

Det kan antas at sykepleierne er kritiske med god grunn da de overlater kropp og helse til et system som står sterkere enn dem selv. Sykepleierne overfører en beslutningsmakt over deres kropp og helse til systemet som leverer vaksiner. Dette setter sykepleierne i en sårbar situasjon og gir systemet en mulighet til å sette sin vilje igjennom (Grimen, 2008, s. 198). I denne argumentasjonen ignorerer man det faktum at det stilles et kunnskapskrav til de som driver systemet som leverer vaksinene. Dette er forvaltet av regelverk som sikrer kvalitet for arbeidet de har fått delegert av samfunnet. Sykepleierne kan vise tillit til vaksinesystemet da det er utarbeidet ordninger med sertifiseringer, autorisasjoner og lisensiering som stiller et krav til de som profesjon (Grimen, 2008, s. 203). Dersom de i vaksinesystemet ikke viser seg verdig, kan de miste tilliten. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor sykepleierne kan stole på systemet og deres formål, fordi systemet vil miste tillit dersom det kommer frem at drivfaktoren kun er økonomisk utbytte.

Ut fra det sykepleierne forteller kan man se en sammenheng mellom tillit og egen vaksinasjonsatferd (Quinn, 2014, s. 943; Pless et al., 2017, s. 4). Noen viser mistillit til sikkerheten av vaksinen, andre viser mistillit til legemiddelprodusentene og noen viser tillit til helsepersonell (Quinn, 2014, s. 943; Pless et al., 2017, s. 4; Karlsson et al., 2019, s. 12). Generelt i den finske studien til Karlsson et al. (2019) rapporterte helsepersonellet tillit til annet helsepersonell, og vaksinasjonsdekningen blant deltakerne var 86,2% i 2018/2019-

sesongen. Resultatet viser dermed at vaksinasjonsdekningen blant sykehusansatte i Finland er høy (Karlsson, 2019, s. 7-8). Overføringsverdien vurderes som tilstrekkelig, da vaksinasjonsdekningen blant norske sykehus også er høy. I enkelte sykehus er dekningen på 75%, noe som oppfyller FHI's anbefaling om vaksinasjonsdekningen blant helsepersonell (Diakonhjemmet sykehus, 2019; Folkehelseinstituttet, 2020b). Blant deltakerne i den finske studien, som hadde lav tillit til helsepersonell, viste resultatene at de hadde en større sannsynlighet til å vaksinere seg. Sammen med den lave tilliten til helsepersonell vurderte de selve influensavaksinen som trygg (Karlsson et al., 2019, s. 10). Det kan dermed se ut til at tryggheten til vaksinen overstyrte en eventuell mistillit til annet helsepersonell.

## 6 Avslutning

Formålet med denne oppgaven har vært å se på de faktorene som påvirker sykepleiers avgjørelse om å la seg vaksinere av sesongbasert influensavaksine.

Forskning og faglitteratur viser at det er en rekke faktorer som påvirker sykepleieres valg. For å konkludere blir sykepleiers kunnskapsgrunnlag trukket frem som en essensielt viktig faktor. Flere av studiene avdekket at sykepleiers kunnskapsgrunnlag ikke var tilstrekkelig. Ofte var informasjonen påvirket av andre faktorer som personlige erfaringer, eller påvirkning fra familie og arbeidsmiljø. Vaksinasjonskampanjer er en rammefaktor som arbeidsgiver kan benytte for å øke sykepleiers kunnskapsgrunnlag. En annen avgjørende faktor er at vaksinen er tilgjengelig og at det blir avsatt tid til vaksinen i arbeidstiden. Tillit til vaksinen og til vaksinesystemet er også en faktor som påvirker sykepleiere i beslutningen om å la seg vaksinere. Flere av studiene viser en sammenheng mellom sykepleiers kunnskapsgrunnlag og tillit til vaksinen, samt til de som leverer vaksinen. De sykepleierne som hadde et lavt kunnskapsnivå til influensavaksinen, viste lav tillit til vaksinen og vaksinesystemet. Tillit kan igjen være påvirket av faktorer som utdanningsnivå, filosofi, kultur og miljø. To faktorer som havnet i konflikt med hverandre var sykepleiers autonomi og deres moralske plikt. Å beholde sin autonomi ble for mange av sykepleierne sett på som en faktor av stor betydning mot å la seg vaksinere. Flere erfarte at den moralske plikten ofte ble vurdert som en viktigere faktor enn deres autonomi.

## Referanseliste

Andersen, B. M. (2015). *Håndbok i hygiene og smittevern i sykehus: Del 1 – Mikrobiologi og smittevern*. Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Diakonhjemmet Sykehus. (2019, 25. oktober). *Influensasesongen er i gang*.

<https://diakonhjemmetsykehus.no/nyheter/influensasesongen-er-i-gang>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020, 07. oktober). *Influenza*

*communication guide: How to increase influenza vaccination uptake and promote preventive measures to limit its spread*. [https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-](https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communication-guidelines-influenza-vaccination)

[data/communication-guidelines-influenza-vaccination](https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communication-guidelines-influenza-vaccination)

Flovik, A. M., Normann, L. & Mølsted, K. (2008). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*.

Norsk sykepleierforbund.

Folkehelseinstituttet. (2018, 01. desember). *Influenza – veileder for helsepersonell*.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/influenza/>

Folkehelseinstituttet. (2020a, 19. juni). *Sesonginfluensavaksine*.

[https://www.fhi.no/massevaksinasjon-mot-pandemisk-](https://www.fhi.no/massevaksinasjon-mot-pandemisk-influenza/sesonginfluensavaksine)  
[influenza/sesonginfluensavaksine](https://www.fhi.no/massevaksinasjon-mot-pandemisk-influenza/sesonginfluensavaksine)

Folkehelseinstituttet. (2020b, 08. oktober). *Vaksinasjonsdekning for influensavaksine*

*2019/2020 – tall fra SSB*.

<https://www.fhi.no/sv/influenza/influensavaksine/vaksinasjonsdekningstall-for>

Folkehelseinstituttet. (2020c, 23. oktober). *Vaksineanbefalinger influensasesongen 2020-2021*

<https://www.fhi.no/sv/influenza/influensavaksine/influensavaksine/>

Folkehelseinstituttet. (2020d, 15. desember). *Influensavaksinering høsten 2020*.

<https://www.fhi.no/sv/influenza/influensavaksine/influensavaksinering-hosten-2020/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter. (2020). Forskrift om nasjonal

- retningslinje for medisinstudenter (FOR-2020-01-03-21). Lovdata.  
<https://lovdata.no/forskrift/2020-01-03-21>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.  
<https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>
- Forskrift om smittevern i helsetjenesten. (2005). *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2005-07-17-610). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2005-06-17-610>
- Frøland, S. S. (2020). *Kampen mellom mennesket og mikroben*. Dreyers Forlag Oslo.
- Furuset, E. (2021, 23. januar). *Lover og regler ved vaksinasjon*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/-for-helsepersonell/vaksinasjon/lover-og-regler-ved-vaksinasjon/>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (197-215). Universitetsforlaget.
- Gudjonsson, A. & Fossum, E. (2020, 23. november). *Hvorfor ta influensavaksine i år?* Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/beredskap>
- Helsedirektoratet. (2019). *Påkrevde og anbefalte vurderinger for arbeidsgiver knyttet til vaksinasjon*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vaksinasjon-av-helsepersonell>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. (5. utg., s. 107-118). Cappelen Damm Akademisk.

- Hulo, S., Nuvoli, A., Sobaszek, A. & Salembier-trichard, A. (2017). Knowledge and attitudes towards influenza vaccination of health care workers in emergency services. *Vaccine*, 35(2), 205-207. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.11.086>
- Hånes, H. (2018, 04. oktober). *Fakta om influensa*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/sv/influensa/sesonginfluensa/rad-om-influensa>
- Karlsson, L. C., Lewandowsky, S., Antfolk, J., Salo, P., Lindfelt, M., Oksanen, T., Kivimäki, M. & Soveri, A. (2019). The association between vaccination confidence, vaccination behavior, and willingness to recommend vaccines among Finnish healthcare workers. *PLoS One*, 14(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224330>
- Kunnskapsdepartementet. (2019, 19. desember). *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning>
- Kunnskapsdepartementet. (2020, 15. oktober). *RETHOS: Bakgrunn og organisering*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning>
- Lillemoen, L. (2015). Etik i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. (5. utg., s. 297-338). Cappelen Damm Akademisk.
- Lovisenberg Diakonale Høyskole. (2021). *Oppgaveskriving*. LDH. Hentet 07.april.2021 fra <https://ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving>
- Lyngstad, T. M., Berg, T. C., Brandal, L. T., Hyllestad, S., Johansen, T., Kacelnik, O., Lange, H., MacDonald, E., Paulsen, T. H., Vestrheim, D., Vold, L. & Nygård, K. (2019). *Årsrapport: Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2019*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/arsrapport.pdf>
- Nightingale, F. (1863). *Notes on hospitals* (3. utg.). Longman, Green, Longman, Roberts and Green.



- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie*. Gyldendal forlag.
- Norsk senter for forskningsdata. (2020). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.  
NSD. Hentet 24.november.2020 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk* (2. utg.).  
Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal  
Akademisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.  
– G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 17-  
37). Gyldendal Akademisk.
- Næss, L. M. (2019, 17. oktober). *Immunitet og hvordan vaksiner virker*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen>
- Ogre, M. & Drægri, I. (2020, 08. oktober). *Derfor vil de likevel ikke pålegge helsepersonell å  
vaksinere seg*. TV2. <https://www.tv2.no/a/11680883/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-  
07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/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*, 16(20).  
<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*, 23(17), 942-948.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.17.942>
- Robertson, A. H. & Klüwer, B. (2017, 18. mai). *Effekt av influensavaksine*.

- Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen>
- Robertson, A. H. & Klüwer, B. (2020, 21. oktober). *Influensavaksine til helsepersonell*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen>
- Rydland, K. M. (2020, 15. juni). *Influensavaksinasjonsprogrammet – veileder for helsepersonell*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Statens legemiddelverk. (2020, 23. november). *Godkjenningsprosessen for vaksiner mot covid-19*. <https://legemiddelverket.no/godkjenning/koronavaksiner>
- Thidemann, I. – J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (2014, 01. oktober). *Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy*. <https://www.who.int/immunization/sage/>
- World Health Organization. (2019). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- World Health Organization. (2020, 05. oktober) *Influenza in the time of COVID-19*. <https://www.euro.who.int/en/>