

Rebecca Nybru Gleditsch, Markus Roos Breines og Beret Bråten

Vaksinering i voksen alder

Barrierer og drivere sett fra perspektiver til vaksinetilbydere
og vaksinemottakere



Vaksinering i voksen alder

Rapporten presenterer et kvalitativt forskningsprosjekt om vaksinering i voksen alder, blant gravide og de som er 65 år og eldre. Spørsmålet er hva som hemmer og hva som fremmer anbefalt vaksinering i disse målgruppene. Datamaterialet består av casestudie i sju kommuner, individuelle- og gruppeintervjuer. Ett viktig funn er behovet for tydelige retningslinjer, ikke bare for ansvar lokalt, men også for utførelse – når, hvordan og av hvem vaksinering skal gjøres. Dette finnes for kikhostevaksinering av gravide, men det finnes så langt ikke for sesongvaksinering av gravide og for de som er 65 år og eldre. Vi finner svært lite vaksinemotstand blant målgruppene og hos helsepersonell. Vi finner imidlertid en god del *vaksinenøling*. Skapt av erfaringer med bivirkninger og kost-nytte-betraktninger knyttet til risikoen for å bli syk. I tillegg: tendenser til det vi har kalt et *oppslutningshierarki*, der enkelte vaksiner gjennomgående forstås som mindre problematiske enn andre. Dette oppslutningshierarkiet er også initiert av en bekymring for at det kan bli *for mye* vaksinering. Særlig i gruppen 65 pluss er tilliten til egen fastlege stor. De vil gjerne ha klar beskjed. Mens gravide vil bli sett og møtt i sine bekymringer på helsestasjonen.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Summary	6
1 Innledning	8
1.1 Kort om datamaterialet	9
1.2 Kort om vaksineholdninger	9
1.3 Gangen i rapporten.....	10
2 Bakgrunn	11
2.1 Nasjonale vaksinasjonsprogram.....	11
2.2 Barnevaksinasjonsprogrammet	12
2.3 Influensavaksinasjonsprogrammet.....	13
2.4 Koronavaksinasjonsprogrammet	14
3 Metode	16
3.1 Utvalg og rekruttering.....	16
3.2 Intervjuer	19
3.3 Opptak og transkribering	20
3.4 Lagring av data	21
3.5 Analyse	21
3.6 Samtykke, etiske vurderinger og personvern	22
4 Organisering og praksiser i casekommuner	23
4.1 Nord 1.....	24
4.2 Nord 2	25
4.3 Sørvest	26
4.4 Østlandet.....	27
4.5 Oslo 1, 2 og 3	28
4.6 Likheter og forskjeller i organisering og informasjon.....	30
5 De som vaksinerer: holdninger og praksiser	32
5.1 Praksis: vaksinerer og informasjon.....	32
5.2 Kunnskap om og holdninger til vaksiner	35
5.3 Antakelser om folks holdninger til vaksiner.....	38
5.4 Ønskede endringer	42
5.5 Oppsummering	44
6 Gravide / de som nylig har født: holdninger og praksiser	45
6.1 Mottatt informasjon	45
6.2 Tilgjengelighet	47
6.3 Pris	48
6.4 Følger de anbefalingene?	49
6.5 Ønskede endringer i hvordan vaksiner tilbys	51
6.6 Oppsummering	52

7 65 år og eldre: holdninger og praksiser	53
7.1 Informasjon.....	53
7.2 Tilgjengelighet	55
7.3 Pris.....	56
7.4 Følger de anbefalingene	57
7.5 Et bedre tilbud	60
7.6 Oppsummering.....	60
8 Resultater og anbefalinger	61
8.1 Kommunenes organisering av vaksinerings	61
8.2 Helsepersonell	63
8.3 Gravide og de på 65 pluss.....	63
8.4 Hva som fremmer og hemmer vaksinerings	64
8.5 Anbefalinger.....	66
9 Referanser	68
Vedlegg: intervjuguide 65+	70
Vedlegg: intervjuguide gravide	71
Vedlegg: intervjuguide helseledere	72
Vedlegg: intervjuguide helsepersonell	74
Vedlegg: samtykkeerklæring 65+	76
Vedlegg: samtykkeerklæring gravide	80
Vedlegg: samtykkeerklæring helsepersonell	84

Forord

Forskningsprosjektet som ligger til grunn for denne rapporten ble utlyst av Folkehelseinstituttet (FHI) i siste halvdel av april 2024. FHI ønsket en samarbeidspartner i gjennomføringen av et prosjekt der Kjersti Rydland som prosjektleder hos FHI og Birgitte Klüwer som forsker hos FHI hadde utarbeidet en prosjektbeskrivelse. Det var også utarbeidet en DPIA, og Personvernombudet ved FHI hadde i mars 2024 godkjent prosjektet for gjennomføring. Fafo søkte på prosjektet med en prosjektbeskrivelse der utgangspunktet var FHI sin beskrivelse og med et forskerteam på tre.

FHI hadde som oppdragsgiver lagt opp til at oppdragstaker skulle lede det faglige arbeidet og rådgi medarbeidere fra FHI som deltok, særlig i felles arbeid med datainnsamling og analyser. I praksis er dette håndtert ved at datainnsamling og analyser i NVivo er gjennomført i samarbeid mellom de tre Fafo-forskerne og to forskere fra FHI, Birgitte Klüwer og Roger Wikstrøm. Rapporten er utarbeidet og forfattet av Fafos forskere. Klüwer har bidratt til metodekapitlet.

Gjennomføring av prosjektet startet i mai/juni 2024 med klargjøring av intervjuguider, endelig avklaring av hvilke casekommuner som skulle kontaktes og påfølgende rekruttering til intervjuer og gruppeintervjuer i kommunene. Rekruttering og intervjuer foregikk parallelt i perioden august til oktober, transkribering i oktober–november, mens analysearbeid og rapportskrivning ble ferdigstilt i november–desember.

Vi vil takke ansvarlige for vaksinerings i casekommuner som har stilt opp i intervjuer og i flere sammenhenger også hjulpet oss med kontakt til brukergruppene vi var mest interessert i. Vi vil også takke vaksinatører som har stilt opp til intervjuer og ikke minst de som er målgrupper for vaksinetilbudet; det vil i denne sammenhengen si gravide og kvinner som nylig hadde født, og i tillegg en god og sammensatt gjeng med medborgere i alderen 65 pluss. Flere av de som sa ja til å delta i gruppeintervjuer var over 90 år. Dette er grupper vi i hovedsak har rekruttert gjennom eldre-/seniorsenter og pensjonistforeninger. Takk for at dere tok dere tid til å dele med oss! Vi har også fått et nytt blikk for alle de spennende tingene som skjer på landets seniorsenter gjennom denne datainnsamlingen.

Takk til kvalitetssikrer på Fafo, Inger Lise Skog Hansen, som har bidratt i slutfasen av prosjektet med kritisk lesing av første utkast til rapport samt mange, gode og konkrete forslag til forbedringer.

Ansvarlig for korrektur, layout og oppsett i endelig rapport er Sofie Steensnæs Engdal i Fafo sin informasjonsavdeling. Tusen takk!

Oslo 18. desember 2024

Beret Bråten, Markus Roos Breines og Rebecca Nybru Gleditsch

Sammendrag

I denne rapporten presenterer vi funn fra et forskningsprosjekt der tema er vaksinerings i voksen alder. Prosjektet har hatt oppmerksomheten rettet mot to målgrupper: gravide og de som er 65 år og eldre. Ambisjonen var å identifisere hva som hemmer og hva som fremmer anbefalt vaksinerings i disse målgruppene. Antakelsen var at flere faktorer kunne påvirke dette: Organisering av vaksinearbeidet i kommunene, de som setter vaksiner sine holdninger og praksiser – og holdninger og praksiser blant individer i de to målgruppene. Derfor har vi gjennom individuelle intervjuer og gruppeintervjuer undersøkt hvordan kommuner organiserer arbeidet, helsepersonells holdninger og praksiser i møte med brukere og i forhold til egen vaksinerings, og i tillegg hvordan gravide / kvinner som nylig har født og personer over 65 år vurderer vaksinerings. Datainnsamlingen er gjort i sju kommuner/bydeler, og de er valgt basert på beliggenhet, antall innbyggere og vaksinasjonsdekning.

Hovedfunn

Kikhostevaksinerings av gravide ble iverksatt fra 1. mai 2024. Dette er gjort til del av Barnevaksinasjonsprogrammet og det er forskriftsfestet at det er Helsestasjonstjenesten som skal informere om og tilby kikhostevaksine til gravide som del av den ordinære svangerskapsomsorgen. Vi finner da også at dette arbeidet i våre casekommuner i hovedsak gjøres slik forskriften sier. Vi finner at jordmødre i starten var noe skeptiske til en ekstra arbeidsoppgave, men at dette raskt har etablert seg som en integrert del av svangerskapsomsorgen. Gravide informeres tidlig i løpet og vaksine settes i uke 24. Gjennom denne forskriftsfestede ansvars plasseringen øker sjansene for at alle gravide nås på samme vis med informasjon og tilbud. Vi finner da også at kikhostevaksinen prioriteres blant de som nylig har født og som inngår i vårt intervjumateriale. Rutinene kommuniserer til gravide at dette er viktig, og helsepersonell har en tydelig ramme for arbeidet de skal utføre.

Influensa- og koronavaksine er også anbefalt gravide, og det gjelder også for de som er 65 år og eldre. Men det finnes ikke tilsvarende organisatorisk struktur for disse vaksinene, ei heller for pneumokokkvaksine som også er en anbefalt vaksine for de over 65 år. Dermed er det langt på vei opp til den enkelte kommune hvordan arbeidet skal gjøres. Hvor mye og hvordan fastlegene skal være involvert i arbeidet, er i hovedsak opp til dem. Kommuner og bydeler synes ikke å legge til grunn at de har et oppdrag med å informere om vaksinerings, slik de hadde under pandemien. Informasjonskampanjer er sjeldne i kommuner vi har besøkt, men der det gjennomføres massevaksinerings hver høst – primært av sesongvaksiner – gis dette stor oppmerksomhet, også når det gjelder informasjon. Sesongvaksiner er heller ikke omgitt av en satt prispolitikk, noe som gir forskjeller i pris både innad i og mellom kommuner/bydeler.

Helsepersonell har stort sett vaksinerings som en nokså liten del av sitt ansvarsområde, hvis de da ikke er tillagt et særskilt ansvar lokalt for å holde seg oppdatert på aktuelle vaksiner. Da blir de en slags superbrukere på vaksinerings som annet helsepersonell kan forholde seg til og spørre. Det finnes en implisitt forventning om at helsepersonell lar

seg vaksinere. Vi finner at det gjør de ofte, men langt fra alltid. Dette skyldes i enkelte tilfeller holdninger, mens andre ganger handler det om forholdet mellom kost og nytte – de regner ikke med å bli så syke hvis de skulle få influensa eller Covid-19.

Blant helsepersonell er det mange som synes det vanskelig å diskutere vaksiner med brukere som har mange kritiske spørsmål eller som utfordrer helsepersonells profesjonelle tilnærminger ved å be om råd fra dem som privatpersoner. Flere nevner at de savner drøftinger med kollegaer av hvordan slike henvendelser kan håndteres og besvares.

Helsepersonell erfarer lite direkte vaksinemotstand i målgruppene. Dette erfarer vi også i intervjuer i målgruppene. Vi ser imidlertid at det påvirker praksiser dersom vaksinen det gjelder møtes med positive forventninger og holdninger. Her finner vi at institusjonelle forhold – jamfør kikhostevaksinen – også kan påvirke holdninger, ved at måten dette gjøres på signaliserer viktighet. Og vi finner at det både i de to målgruppene vi har undersøkt og hos helsepersonell synliggjøres tendenser til det vi kan kalle *et oppslutningshierarki*, der vaksiner rangeres etter hvor viktige/bra brukerne finner dem. Kikhostevaksinen er på toppen hos gravide og de som nylig har født, mens influensavaksinen er på topp hos de om er 65 år og eldre. Dette siste er det flere grunner til, som både har med fravær av erfarte bivirkninger og kost-nytte-analyser å gjøre. Blant gravide og de som nylig har født er det også en alderskomponent; de mener de tåler en influensa eller runde med Covid-19. Forekomsten av et oppslutningshierarki tolker vi som et resultat av at brukere rett og slett synes det blir mange vaksiner.

Vi finner høy tillit til helsepersonell, særlig fastleger (hos de som er 65 år og eldre) og helsesykepleiere og jordmødre (blant de som nylig har født). Men mens de eldste ønsker tydelige beskjeder fra fastlegen, ønsker de som nylig har født at helsepersonell møter dem i deres bekymringer, og at de blir sett og trukket med i resonnementer om vaksiner.

Summary

This report presents the findings from a research project on vaccination in adulthood. The project focused on two target groups: pregnant women and those aged 65 and older. The ambition was to identify what hinders and what promotes recommended vaccination in these target groups. The assumption was that several factors could influence this: the organization of vaccination work in municipalities, the attitudes and practices of those administering vaccines, and the attitudes and practices among individuals in the two target groups. Therefore, we utilized individual and group interviews to explore how municipalities organize the work, healthcare professionals' attitudes and practices when meeting patients and in relation to their own vaccination, as well as how pregnant women/women who recently gave birth and people over 65 years old perceive vaccination. Data collection was conducted in seven municipalities/districts, selected based on location, population size, and vaccination coverage.

Main findings

Pertussis vaccination for pregnant women was implemented from May 1, 2024, and the vaccine is now part of the Norwegian Childhood Immunization Program. It is mandated that the child health care center should inform and offer pertussis vaccine to pregnant women as part of the regular maternity care. In our study, we find that the municipalities we visited follows the new regulation. The midwives in our study were initially somewhat skeptical about an additional task, but this has quickly become an integrated part of maternity care. Pregnant women are informed early in the process, and the vaccine is administered in week 24. This increases the chances that all pregnant women receive the same information and offers of vaccination. We also find that the pertussis vaccine is prioritized among those who have recently given birth and who are included in our interviews. These routines for informing the women create a framework that communicates that the vaccine is important, and healthcare professionals have clear guidance for their work.

Influenza and coronavirus vaccines are also recommended for pregnant women, and in addition to those aged 65 and older. However, there is no equivalent organizational structure for these vaccines, nor for pneumococcal vaccine, which is also a recommended vaccine for those over 65 years old. Thus, it is largely up to the individual municipality how the work should be organized. The extent of involvement in vaccination work among the general practitioners in each municipality varies. The municipalities and districts do not seem to have the same commitment to disseminating vaccination information as they did during the pandemic. Information campaigns are rare, but in areas where mass vaccination is conducted every fall—primarily for seasonal vaccines—it receives significant attention. Thus, information is also provided to those who do not receive vaccines on the designated day. Additionally, seasonal vaccines are not subject to a standardized pricing policy, which results in price variations both within and between municipalities.

Vaccination is generally a minor part of healthcare personnel's responsibilities, unless they have been specifically tasked with staying updated on current vaccines. In such cases, they become key experts on vaccination whom other healthcare personnel can consult. There is an implicit expectation that healthcare personnel will get vaccinated. We find that they often do, but not always. This can be due to personal attitudes or a cost-benefit analysis—they may not expect to become seriously ill if they contract influenza or COVID-19.

Many healthcare personnel find it challenging to discuss vaccines with users who have numerous critical questions or who challenge their professional approaches by seeking advice as private individuals and asking for their personal opinions. Several healthcare workers mention that they miss having discussions with colleagues on how to handle and respond to such inquiries.

Healthcare personnel encounter little direct vaccine resistance among the target groups. This is also reflected in our interviews with these groups. However, we observe that practices are influenced if the vaccine in question is met with positive expectations and attitudes. Institutional factors—such as those surrounding the pertussis vaccine—can also impact attitudes, as the manner in which vaccination is promoted signals its importance. We find that both in the target groups we studied and among healthcare personnel, there are tendencies towards a hierarchy of vaccine acceptance, where vaccines are ranked based on their perceived importance. Among pregnant or newly delivered women, the pertussis vaccine is prioritized, while among those aged 65 and older, the influenza vaccine is most important. This prioritization is influenced by factors such as the absence of experienced side effects and cost-benefit considerations. Pregnant or newly delivered women also consider their age, believing they can tolerate getting sick with influenza or COVID-19. The presence of a hierarchy of vaccine acceptance suggests that users feel overwhelmed by the number of vaccines.

We find high levels of trust in healthcare personnel, especially general practitioners among those aged 65 and older, and public health nurses and midwives among the pregnant women and the newly delivered women. However, while the elderly prefer clear directives from their general practitioners, the newly delivered women want healthcare personnel to address their concerns, make them feel seen, and involve them in the decision-making process regarding vaccination.

1 Innledning

Vaksinering har i mer enn to hundre år vært et viktig tiltak for å forebygge og bekjempe smittsomme sykdommer, både for den enkelte og for samfunnet som helhet.

Norge har et barnevaksinasjonsprogram. Da dette prosjektet ble igangsatt, hadde ikke Norge et voksevakinasjonsprogram. Innføringen av dette ble vedtatt i Stortinget i desember 2024, med oppstart 1. juni 2025.

Myndighetene har ambisjoner om at den eldste delen av befolkningen, altså de over 65 år, skal ta sesongvaksiner mot influensa og korona samt pneumokokkvaksine (vaksine mot lungebetennelse). Myndighetene har også besluttet at gravide skal tilbys gratis kikhostevaksine, og at de blir anbefalt de samme sesongvaksinene som de som er 65+. Nasjonale myndigheter avgjør hva som skal anbefales, men det er lokale myndigheter som skal iverksette anbefalingene, og det er hver enkelt gravid og person på 65 år og eldre som må avgjøre om de vil følge anbefalingene.

Det er dokumentert nokså store lokale forskjeller i oppslutning om anbefalte vaksiner i de to nevnte målgruppene. Dette er variasjoner som kan skyldes forskjeller i hvordan de lokalt organiserer vaksineringsarbeidet, men det kan også ha sammenheng med holdninger hos de som vaksinerer og de som er i målgruppene for vaksineringer.

Vi har undersøkt begge deler, både organisering/praksiser og holdninger. I denne rapporten presenterer vi resultatene fra et kvalitativt innrettet forskningsprosjekt der ambisjonen har vært å utforske og finne noen svar på hva som hemmer og hva som fremmer vaksiner av henholdsvis gravide og de som er 65 år og eldre.

Dette er altså et kvalitativt forskningsprosjekt, som innebærer at vi har søkt etter sammenhenger, begrunnelser og meninger folk tillegger sine praksiser. Vi har valgt sju kommuner/bydeler med ulik beliggenhet, størrelse og vaksinasjonsdekning, der vi har søkt å intervju de som er ansvarlige for vaksiner av de nevnte målgruppene (gravide og 65+) og de som setter vaksiner. Vi har også organisert fokusgrupper der vi har intervjuet og initiert diskusjon blant folk som er 65 år og eldre om holdninger og praksiser, og vi har i tillegg hatt fokusgrupper og gjort enkeltintervjuer med gravide / kvinner som nylig har født.

Våre hovedproblemstillinger har vært:

1. Hvordan organiseres vaksiner av voksne i kommuner, og hvordan påvirker dette vaksinasjonsvalg?
2. Hva slags holdninger til vaksiner kan identifiseres blant helsepersonell, og påvirker dette egne vaksinasjonsvalg og helsepersonells møter med målgrupper for voksevakiner?
3. Hva slags holdninger til anbefalte vaksiner kan identifiseres blant gravide og 65+, og påvirker dette deres vaksinevalg?

Vi har også spurt om hvor disse gruppene henter kunnskap og informasjon om vaksiner, og hvem og hva de stoler på.

1.1 Kort om datamaterialet

Vi valgte altså ut sju ulike casekommuner/bydeler med beliggenhet ulike steder i landet. De er av ulik størrelse, og har ulik sosioøkonomisk profil og vaksinasjonsdekning. Vi har gjort intervjuer både individuelt og i gruppe, og vi har samlet inn et solid kvalitativt data-materiale. Dette har imidlertid et par begrensninger som vi vil nevne innledningsvis.

FHI hadde et ønske om at det blant casekommunene skulle være kommuner med en høy andel fra den samiske befolkningen blant innbyggere. Dette viste seg vanskelig å få til, grunnet krav Sametinget har satt til samisk helseforskning (se kapittel 3.1). Fafo hadde på sin side et ønske om at det ble inkludert kommuner som kunne bidra til at det blant eldre og gravide/nylig fødte også var enkelte med innvandrerbakgrunn. Derfor ble det inkludert tre bydeler i Oslo, mot opprinnelig planlagt for to. Rekrutteringsstrategiene vi valgte for å komme i kontakt med eldre som er 65 år og eldre, samt gravide/kvinner som nylig har født, ledet imidlertid til at de rekrutterte i all hovedsak har majoritetsnorsk bakgrunn. Vi rekrutterte gjennom eldre/seniorsenter og pensjonistforeninger, samt gjennom helsestasjoner, noe vi redegjør nærmere for i kapittel 3.1. Vi vet fra andre studier vi har gjennomført (se Kjeøy et al., 2023; Bråten et al., 2023; Bråten et al., 2024) at informasjonskilder og hvem man har tillit til når det gjelder vaksineinformasjon og -valg er ulikt blant minoritetsnorske versus majoritetsnorske. Vi vet i tillegg at det er behov for særskilte rekrutteringsstrategier for å få minoritetsnorske med i undersøkelsen. Denne studien bekrefter dette tydelig. Vi hadde imidlertid kun noe få måneder til rådighet til datainnsamling, så det var ikke rom for et mer omfattende og tidkrevende rekrutteringsarbeid.

1.2 Kort om vaksineholdninger

Helsepersonell har en sentral rolle i å informere om og tilby vaksiner til ulike målgrupper, i tillegg til å beskytte seg selv og pasientene sine mot smitte. Det finnes flere studier som har kartlagt holdninger til vaksiner blant helsepersonell i flere land og regioner. En systematisk oversikt fra 2016 fant at helsepersonells kunnskap, tillit til og erfaringer med vaksiner – samt oppfatning av risiko ved vaksiner – var de viktigste faktorene som påvirket deres holdninger til vaksinasjon (Paterson et al., 2016). Eksempelvis hadde helsepersonell som selv tok vaksiner større sannsynlighet for å anbefale vaksiner til andre. Studien viste også at holdningene til helsepersonell varierte avhengig av hva slags type vaksine det var snakk om, men den enkeltes faglige bakgrunn, alder, kjønn og nasjonalitet hadde også betydning. Det var for eksempel generelt høyere aksept for barnevaksiner enn for influensavaksiner, og leger hadde mer positive holdninger til vaksiner enn sykepleiere.

Blant helsepersonell i Norge er det få studier som har undersøkt holdninger til vaksinasjon kvalitativt, men det er kvantitative studier som viser en tydelig utdanningsgradient. Helsepersonell med mye utdanning har høyere tillit til influensavaksiner sammenlignet med helsepersonell med mindre utdanning (Klüwer et al., 2024). Samlet sett viser studier at holdninger til vaksinasjon blant helsepersonell er komplekse og sammensatte, og at de kan ha betydning både for deres egen helse og for yrkesutøvelse. Dette er forhold som kan påvirke deres innflytelse på befolkningens vaksinasjonsvalg.

Det er begrenset med forskning på holdninger til vaksinasjon blant eldre i Norge. Det finnes enkelte studier som har sett på vaksinevillighet blant eldre under pandemien (f.eks. Nilsen et al., 2021). Vi har ikke funnet noen kvalitative studier som ser nærmere på holdninger i denne delen av befolkningen. Dette er en relevant gruppe å studere, ettersom eldre er mer utsatt for alvorlige komplikasjoner ved både influensa og Covid-19¹, og derfor anbefales å vaksinere seg.

Gravide er også en risikogruppe som anbefales flere vaksiner, først og fremst for kikhoste, influensa og koronavaksine.² Det finnes lite forskning på holdninger til vaksinasjon blant gravide i Norge, og det finnes heller ikke tall for vaksinasjonsdekning blant gravide, med unntak av for Covid-19-vaksinasjon. Det ble i 2023 vedtatt at alle gravide skal tilbys kikhostevaksinasjon som del av BVP.³ Dette ble innført 1. mai 2024 (Folkehelseinstituttet, 2024), noe som gjør det svært relevant å innhente mer kunnskap om hvordan kommuner jobber med dette og hva gravide og de som nylig har født tenker om denne vaksinen og de øvrige de nå tilbys.

1.3 Gangen i rapporten

Rapporten er organisert i åtte kapitler. I kapittel 1 presenterer vi utgangspunktet for prosjektet, mens vi i kapittel 2 går gjennom bakgrunn, etterfulgt av en metodegjennomgang i kapittel 3. I kapittel 4–6 oppsummerer vi resultater av analyser av datamaterialet fra de ulike gruppene i prosjektet. Kapittel 4–7 bygger på de kvalitative dataene i prosjektet. I kapittel 4 presenteres de ulike casekommunene, inkludert hvordan vaksiner er organisert og praktisert. Til sammen gir dette et oversiktsbilde av likheter og forskjeller kommuner imellom. I kapittel 5 beskriver vi helsepersonellens praksiser og holdninger knyttet til vaksiner og vaksinasjonsarbeid basert på en kvalitativ analyse av intervjuene med denne gruppen. I kapittel 6 og 7 presenterer vi holdninger og praksiser knyttet til vaksine blant henholdsvis gravide, kvinner som nylig har født og de som er 65 år og eldre. I kapittel 8 besvarer vi problemstillingene, identifiserer barrierer og drivere for vaksiner i målgruppene vi har undersøkt, diskuterer funn og gir anbefalinger.

¹ <https://www.fhi.no/va/influensavaksine/influensavaksine-risikogrupper/>

² <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksinasjon-i-ulike-livsfaser/vaksinasjon-av-gravide-og-am-mende/?term=#vaksiner-som-anbefales-i-svangerskapet>

³ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringa-vil-gi-gravide-gratis-kikhostevaksine/id2996273/>

2 Bakgrunn

Vaksinasjon regnes som en av de mest effektive metodene for å forbedre folkehelse. Det kan bidra til å forebygge sykdom på individnivå og redusere forekomst av vaksineforebyggbare sykdommer i befolkningen som helhet (Furuseth et al., 2023). Historien om vaksinasjon begynner med koppevaksinen i 1796 (Nøkleby & Feiring, 2006). I dag finnes det vaksiner tilgjengelig for mer enn 25 ulike infeksjonssykdommer. Nesten alle er virus- eller bakteriesykdommer (Bøvre et al., 2024). Det er anslått at vaksinasjon forhindrer mellom 3,5 og 5 millioner dødsfall hvert år (WHO, 2023), og på grunn av økende bruk av vaksiner de siste tiårene, har sykdomsbyrden som en følge av vaksineforebyggende sykdommer gått ned (Temoka, 2013).

Vaksineforebyggende sykdommer er en stor byrde for samfunnet (Cassini et al., 2018). I en rapport fra 2023 anslo Oslo Economics at den samlede kostnaden forbundet med influensa, RS-virusinfeksjoner, helvetesild og pneumokokksykdom i den voksne delen av befolkningen vil være mer enn 50 milliarder når vi regner sammen helsetjenestekostnader, produksjonstap og helsetap i 2030 (Oslo Economics, 2023).

Vaksinasjonsdekning er lett påvirkelig og skjør (Furuseth et al., 2023). Utsettelse og forsinkelse av anbefalte vaksiner, og i tillegg ikke-vaksinering, beskrives som en trussel mot flokkimmuniteten: Det vil si at majoriteten i befolkningen er vaksinerte, og dermed også er med på å beskytte de som av ulike grunner ikke kan ta vaksiner selv (se Furuset et al. (2023) for mer). I tillegg øker risikoen for at sykdommene man vaccinerer mot øker i utbredelse.⁴

All vaksinasjon i Norge er frivillig. Derfor er ett av premissene for vaksinasjonsarbeidet at målgruppene for de ulike vaksinene skal ha mulighet til å ta et informert valg om egen vaksinering, i tillegg til at foreldre skal ha mulighet til å ta et slik informert valg på vegne av sine barn (Furuseth et al., 2023).

2.1 Nasjonale vaksinasjonsprogram

Vaksinasjonsprogram i Norge reguleres gjennom smittevernloven og forskrift om nasjonale vaksinasjonsprogrammer. Folkehelseinstituttet (FHI) gir faglige anbefalinger om innhold og innretning for programmene. I tillegg er Direktoratet for medisinske produkter ansvarlig for å gjøre metodevurderinger av nye vaksiner som skal inkluderes i vaksinasjonsprogrammet. Endringer i programmene vedtas av Stortinget eller av Helse- og omsorgsdepartementet, basert på disse anbefalingene. Det er FHI som deretter har ansvaret for å distribuere vaksiner som inngår i de ulike vaksinasjonsprogrammene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Norges nasjonale vaksinasjonsprogram inkluderer i dag (jf. Furuset et al., 2023):

- barnevaksiner (inkludert vaksinasjon av gravide mot kikhoste)
- influensavaksiner (sesonginfluensa og pandemisk influensa)

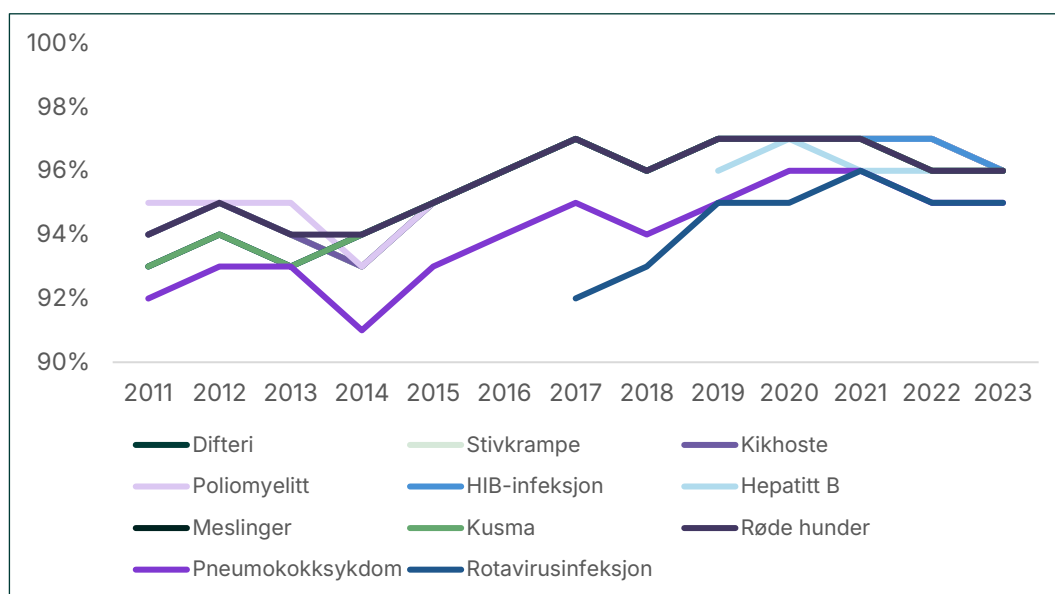
⁴ <https://www.unicef.org/eca/stories/why-delayed-vaccination-schedules-can-be-harmful-children>

- vaksinasjon mot Covid-19

2.2 Barnevaksinasjonsprogrammet

Blant vaksiner som inngår i nasjonalt vaksinasjonsprogram, har det norske barnevaksinasjonsprogrammet (BVP) lengst fartstid. Det ble etablert i 1952.⁵ Den gang inneholdt programmet vaksiner mot tre sykdommer som kunne forebygges: difteri, stivkrampe og kikhoste (Folkehelseinstituttet, 2024). I løpet av de 70 årene som har gått etter dette, er BVP blitt endret flere ganger. I 2024 tilbys alle barn og unge som oppholder seg i Norge fra de blir født til de er 20 år vaksinasjon mot tolv forskjellige sykdommer (Stålkrantz, 2024). Barnevaksinasjonsprogrammet er frivillig og gis av helsesykepleiere ved helsestasjon og skolehelsetjenesten i alle Norges kommuner (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). Som vist i figur 3.1, har det norske barnevaksinasjonsprogrammet svært høy oppslutning, med en dekningsgrad på 95–96 prosent målt ved 2-års alder i 2023 (SYSVAK, 2024). De reelle dekningsstallene ansees også å være høyere enn det statistikken viser, på grunn av tekniske problemer med registrering i det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK i enkelte kommuner, manglende etterregistrering av vaksiner gitt før ankomst til kommunen, og at folkeregisteret ikke alltid er oppdatert og/eller tilgjengelig (Folkehelseinstituttet, 2023).

Figur 3.1 Vaksinasjonsdekning i barnevaksinasjonsprogrammet, målt ved 2-års alder, 2011–2023. (Norsk vaksinasjonsregister – SYSVAK)



Det har fra flere hold vært uttrykt et stort behov og ønske om et vaksinasjonsprogram for voksne på lik linje som det som i dag er etablert for barn og unge. Dette ønskes både av fagfolk (Rime et al., 2024) og politikere (Helse- og omsorgskomiteen, 2021). For ti år siden kom Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28 (2014–2015)), hvor betydningen av et voksevakasjonsprogram beskrives og hvor det gjøres klart at regjeringen vil «... utrede opprettelse av et vaksinasjonsprogram for voksne tilsvarende barnevaksinasjonsprogrammet» (s. 131). Her vektlegges det at et voksevakasjonsprogram vil lette arbeidet med å nå og gjennomføre vaksinasjon av unge voksne, eldre og gravide, i tillegg

⁵ <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/?term=>

til grupper med både minoritetsnorsk bakgrunn og grupper i majoritetsbefolkningen som i mindre grad lar seg vaksinere. Folkehelseinstituttet har anbefalt etableringen av et voksevakinasjonsprogram siden 2018 (Aaberge, 2019). I 2023 ble det publisert en rapport fra Oslo Economics som anslår at et vaksinasjonsprogram for voksne vil forebygge sykdom, redusere press på helse- og omsorgstjenester og bidra til å redusere sosiale forskjeller (Oslo Economics, 2023).

I statsbudsjettet for 2025 foreslo Regjeringen å etablere et voksevakinasjonsprogram som skal sikre et tilbud om vaksinering mot flere sykdommer for både voksne og personer i risikogrupper. Forslagene følger opp anmodningsvedtak fra Stortinget, som vil si at Stortinget har bedt om at Regjeringen skal forslå hvordan dette kan gjøres. Voksevakinasjonsprogrammet skal i første omgang omfatte tilbud om årlige vaksinasjoner mot influensa og korona for dem som er 65 år og eldre, og de som er i risikogrupper. Det skal også etableres en påminnesordning for vaksinasjon som i første omgang vil omfatte sesongvaksinasjon mot influensa og Covid-19, og med mulighet til å utvide til flere vaksinasjoner. Pneumokokkvaksine til flere årskull og påfyllingsvaksine mot difteri, stivkrampe og kikhoste blir også nevnt. Det foreslås en modell der det sendes påminnelser som viser videre til informasjon på Helsenorge. Der kan det gis informasjon om vaksinasjonsstatus og hvilke vaksiner som er aktuelle for den enkelte, og generell informasjon om vaksinasjon og om hva den enkelte kan gjøre for å få informasjon om vaksinasjonstilbudet i egen kommune. Det ble også foreslått en ordning for å reservere seg mot varsler.

Det ble ikke foreslått at vaksinene skal være gratis. Influensavaksinasjon er foreslått som 100 prosent egenfinansiert, mens det for vaksinasjon mot Covid-19 og pneumokokker vil være en egenandel på inntil 25 prosent av totalkostnaden (Prop. 1 S, 2024-2025. s.87-88).

2.3 Influensavaksinasjonsprogrammet

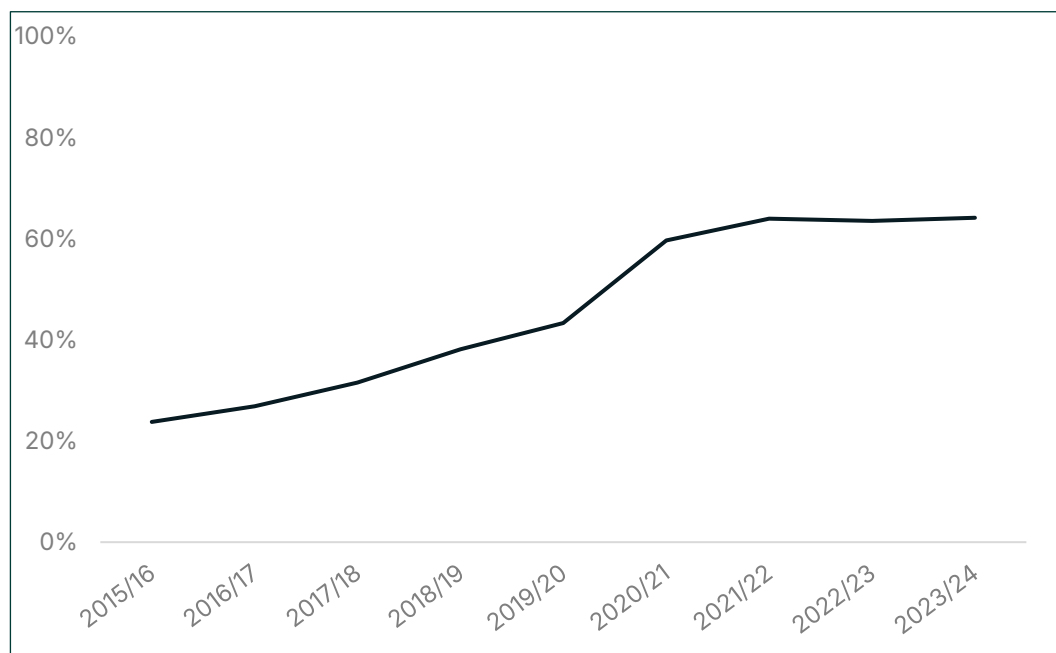
Influensavaksinasjon i Norge startet på 1960-tallet (Folkehelseinstituttet, 2024). De første årene ble en anbefaling om vaksine mot sesonginfluensa vurdert på individuell basis til for eksempel eldre og kronisk syke, mens man fra midten av 1980-tallet gikk over til å anbefale denne vaksinen til mer generelle risikogrupper. Fra 1992 ble alle over 65 år anbefalt sesonginfluensavaksine (ibid.). I løpet av tiårene som har gått siden 90-tallet er risikogruppene som anbefales årlig influensavaksine blitt utvidet en rekke ganger, blant annet etter influensapandemien i 2009 (ibid.).

I dag er det anslått at nærmere 1,7 millioner nordmenn har økt risiko for å utvikle alvorlig influensasykdom (Folkehelseinstituttet, 2017). Listen over de som bør ta årlig influensavaksine inkluderer alle over 65 år, gravide, prematurt fødte barn, og barn og voksne med en rekke kroniske sykdommer som eksempelvis diabetes, nedsatt immunforsvar og hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet). I tillegg anbefales vaksinen til en rekke yrkesgrupper, hvorav helsepersonell med pasientkontakt er den største.

I motsetning til vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet, er ikke influensavaksine gratis, og prisen er heller ikke regulert for risikogruppene som anbefales vaksinen. Det er som tidligere nevnt ikke lagt inn noen finansiering av influensavaksinasjon i det

kommende voksenvaksinasjonsprogrammet. Helsepersonell med pasientkontakt skal få vaksinen dekket av arbeidsgiver, mens det er opp til hver enkelt kommune og legekonsultor/vaksinasjonssted å fastsette prisen for influensavaksine til andre (Folkehelseinstituttet). Tall fra Norsk vaksinasjonsregister (SYSVAK) viser at influensavaksinasjonsdekningen samlet sett har økt mye blant de som er 65 år og eldre gjennom de siste årene, fra 24 prosent i 2015/16 til 64 prosent i 2023/2024.

Figur 3.2 Influensavaksinerte over 65+, 2015/16–2023/24. (Norsk vaksinasjonsregister – SYSVAK)



2.4 Koronavaksinasjonsprogrammet

På grunn av koronapandemien som i Norge for alvor brøt ut i mars 2020, er koronavaksinasjon også blitt en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet. Fra den første vaksinen ble satt i Norge i slutten av desember 2020, har det skjedd flere endringer i koronavaksinasjonsprogrammet, i takt med pandemiens utvikling og kunnskap om Covid-19. Denne vaksinen var anbefalt til hele Norges voksne befolkning i 2021 da vaksiner ble tilgjengelig for alle, mens fra høsten 2023 ligner vaksineanbefalingene for koronavaksiner mer de som gis for sesonginfluensa. Høsten 2024 er en rekke målgrupper anbefalt oppfriskningsdose mot Covid-19 i forkant av 2024/2025-sesongen. Dette er:⁶

- aldersgruppen 65 år og eldre, og sykehjemsbeboere
- aldersgruppen 18–64 år som inngår i en risikogruppe
- aldersgruppen 12–17 år med alvorlig grunnsykdom
- aldersgruppen 6 måneder til 11 år med alvorlig grunnsykdom etter individuell vurdering

⁶ <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/koronavaksine/?term=#vaksineanbefaling-for-sesongen-20242025>

- gravide i 2. eller 3. trimester. Vaksinasjon i 1. trimester kan vurderes dersom den gravide har tilleggssykdommer som gir ytterligere økt risiko. Vaksinasjon av gravide vil også gi beskyttelse til det nyfødte barnet.
- personer som bor sammen med (eller er tilsvarende nære) immunsupprimerte

Koronavaksine og vaksinasjon skal være gratis for alle disse gruppene som er anbefalt å ta den. Kommunene, gjennom rammeoverføringer fra staten, bærer det økonomiske ansvaret for å vaksinere befolkningen mot Covid-19. Kommunen kan enten gi et vaksinasjonstilbud til sine innbyggere selv, og/eller inngå avtale med fastleger og eventuelle andre private tilbydere av helsetjenester. Ved slike avtaler må kommunene selv betale tjenesteyteren. Den midlertidige direkteoppgjørsordningen gjennom Helfo for private virksomheter, inkludert apotek, opphørte 30. juni 2023. Bestemmelsene om egen takst for koronavaksinering hos fastlege utgikk 30. juni 2024.

For personer utenfor de definerte målgruppene som ønsker koronavaksine, er vaksinen også gratis, men kommunen setter selv rammene for hvordan de vil tilby vaksiner til denne gruppen. Det inkluderer om de vil ta betalt for administreringen av vaksinen.⁷

⁷ <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksinasjon/koronavaksinasjonsprogrammet/?term=#ansvarsforhold>

3 Metode

Dette er en kvalitativ studie av vaksineorganisering, vaksinepraksiser og holdninger til vaksiner og vaksinerings. Det er også en rapport om forholdet mellom viktig helsepersonell og de to målgruppene. Vi har i all hovedsak anvendt intervjuer som metode, og vi har gjennomført både individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. Intervjuer er godt egnet til å forstå sider ved intervjupersonenes hverdagsliv, i tillegg til deres praksiser og holdninger, sett fra deres ståsted (Kvale & Brinkmann 2015, s. 42). Det kan gi tilgang til den meningen som den enkelte tillegger sine handlinger og holdninger, og er slik sett en inngang til å kunne forstå hvorfor folk gjør som de gjør, både individuelt og som del av organisasjoner.

3.1 Utvalg og rekruttering

Vi rekrutterte sju såkalte casekommuner/bydeler. Kommuner og bydeler i Oslo som er inkludert i denne studien ble valgt basert på geografisk beliggenhet – vi ønsket hele landet representert. Det skulle være variasjoner i urbanitet og folketall, med en nedre grense på minimum 500 personer i alderen 65 år og eldre i kommunen. Det skulle videre være variasjon i befolkningens levekår og demografi (alderssammensetning, utdanningsnivå, andel i minoritetsgrupper), og variasjoner i vaksinasjonsdekningen for influensavaksine blant personer som er 65 år og eldre.

I det opprinnelige designet av prosjektet hadde vi lagt opp til å inkludere én eller flere kommuner fra de samiske kjerneområdene i utvalget. Av hensyn til etiske retningslinjer for samisk helseforskning (Sametinget, 2024), fikk vi ikke gjennomført dette som planlagt. Sametinget har vedtatt etiske retningslinjer for samisk helseforskning som omfatter forskning som har til hensikt å fremskaffe ny kunnskap om sykdom eller helse i vid forstand. Dette inkluderer også helsetjenesteforskning. Det legges i vedtaket til grunn at for å oppnå samisk selvbestemmelse i helseforskningssammenheng «nedfelles et prinsipp om kollektivt samtykke»:

Det organ Sametingsrådet utpeker skal ivareta prinsippet om kollektivt samtykke. Dette prinsippet rokker ikke ved enkeltindividets rett til samtykke, eller å ikke samtykke til deltakelse i forskningsprosjekter. Det kollektive samtykket er dynamisk og kommer i tillegg til andre nødvendige godkjenninger. Før et samisk helseforskningsprosjekt skal iverksettes, skal det foreligge et samisk og dynamisk kollektivt samtykke (Sametinget 2019).

Å gi et slikt kollektivt samtykke er delegert til en ekstern og sakkyndig komite (oppnevnt av Sametingsrådet for to år av gangen). Komiteen skal «på vegne av det samiske folk avgi et kollektivt og dynamisk samtykke til samiske helseforskningsprosjekter i Norge».⁸ Vedtaket gjøres basert på de etiske retningslinjene Sametinget har vedtatt.

⁸ <https://sametinget.no/barnevern-helse-og-sosial/etiske-retningslinjer-for-samisk-helseforskning-og-kollektiv-samtykke/sakkyndig-etisk-komite-for-samisk-helseforskning/>

Prosjektgruppen på Fafo sendte i juni 2024 en såkalt fremleggingsvurdering til denne sakkyndige komiteen. Det vil si et spørsmål om dette prosjektet ble omfattet av kravet om samisk kollektivt samtykke. Svaret kom 8. juli 2024: Prosjektet ble vurdert som fremleggingspliktig og må derfor søke om samisk kollektivt samtykke før prosjektet kan igangsettes.

Dette ble begrunnet med at to av kommunene som skulle forespørres om deltakelse var kommuner hvor samer er i flertall eller utgjør en betydelig andel av befolkningen. I tillegg regnes forskning på helsearbeideres holdninger til vaksinasjon som helsetjenesteforskning.

Vi besluttet da å bytte ut de to opprinnelig planlagte kommunene med to hvor den samiske befolkningen ikke er i flertall eller utgjør en betydelig andel av kommunens innbyggere. Dette fordi det å måtte søke om og innhente et samisk kollektivt samtykke, ville forsinket prosjektet kraftig i forhold til fastsatte tidsfrister.

Vi har valgt fire kommuner av ulik størrelse fra hele landet og tre bydeler i Oslo med ulike leveforhold og vaksinasjonsdekning (høy og lav). De sju kommunene/bydelene ligger henholdsvis i Nord-Norge (2), Vest-Norge (1), Oslo (3) og på Østlandet (1). Utvalget var forventet å kunne speile en variasjon i sosioøkonomisk bakgrunn blant deltakerne, og bydeler og kommuner ble valgt for å sikre dette. Vi har imidlertid ikke lyktes med å rekruttere mer enn noen få fra den minoritetsnorske befolkningen – i betydningen de som har en type innvandrerbakgrunn. Dette knytter vi til to faktorer. Den ene er rekrutteringsstrategiene av deltakere til gruppeintervjuer, der vi konsentrerte oss om helsestasjoner (for tilgang til gravide / kvinner som nylig har født) og seniorsenter, eldresenter og pensjonistforeninger (for tilgang til 65+). Dette var arenaer hvor det viste seg å være vanskelig å treffe på og/eller rekruttere informanter med innvandrerbakgrunn. Den andre er manglende tid til å oppsøke minoritetsnorske særskilt, noe vi i tidligere studier har sett at kan være krevende og må foregå gjennom alternative kanaler, for eksempel gjennom ulike typer organisasjoner.

Etter at utvalget av casekommuner var avklart, begynte vi rekrutteringen av informanter. Rekrutteringen av respondenter blant ansatte innad i hver kommune/bydel tok utgangspunkt i primærhelsetjenestetilbudet i kommunen. Vi startet ved å ta kontakt med kommuneoverlege/bydelsoverlege og helsestasjon. Disse fikk et skriv der vi beskrev studiens formål og utforming, hvor vi også la ved samtykkeskjemaet og inviterte kommunen til deltakelse. I bydeler i Oslo tok vi kontakt med bydelsoverleger og helsestasjoner. Særlig kommuneoverleger og bydelsoverleger var i flere kommuner krevende å oppnå respons fra. Etter mange oppfølgingstelefoner og e-poster fikk vi til slutt kontakt og fikk organisert intervjuer de fleste stedene. Manglende respons og muligheter til å delta fremstår som et resultat av mangel på tid og mange arbeidsoppgaver som ble prioritert over deltakelse i forskningsprosjektet.

Samtlige kommuner / kommunale helsetilbud som ble kontaktet var positive til deltakelse, og de var behjelpelige med informasjon om organiseringen av det lokale vaksinasjonstilbudet – inkludert eventuelle private aktører involvert i kommunens vaksinasjonsarbeid – og kom med forslag til aktuelle respondenter blant de ansatte. For å få et så helhetlig bilde som mulig over organiseringen i hver enkelt kommune, rekrutterte vi

deretter helsepersonell med ulike fag- og yrkestilhørighet, med ulike roller i vaksinasjonsarbeidet og fra ulike deler av de lokale tjenestene. Vi rekrutterte noen med organisatorisk ansvar, noen med lederansvar og noen som har vaksinasjon som en vesentlig del av sin arbeidshverdag (tabell 3.1).

Tabell 3.1 Helsepersonell (n = 31)

Kommunalsjef (med helsefaglig bakgrunn)	1
Kommuneoverlege/bydelsoverlege	5*
Fastlege	4*
Leder helsestasjons-/jordmortjeneste ved helsestasjon	6
Jordmor	7
Helsesykepleier	3
Apoteker/farmasøyt	2
Sykehjemslege / vaksineansvarlig sykepleier ved sykehjem	3
Sykepleier / helsesekretær ved vaksine- eller legekontor	3

*Enkelte av kommune-/bydelsoverlegene var også fastleger

For å rekruttere representanter for brukere av kommunalt vaksinasjonstilbud, benyttet vi flere ulike strategier. For aldersgruppen 65+, fikk vi i fem av sju kommuner/bydeler hjelp til å rekruttere til fokusgrupper for aldersgruppen 65+ via kommunale seniorsentre. I Vest-Norge fikk vi tilsvarende assistanse via en frisklivssentral for eldre, mens vi i Nord-Norge kommune 2 rekrutterte direkte på et arrangement på det lokale dagsenteret, og i Nord-Norge kommune 1 rekrutterte vi ved å ta kontakt med den lokale pensjonistforeningen. Resultatet ble minst én fokusgruppe i alle kommuner/bydeler, mens det på Østlandet ble to med henholdsvis fire og sju deltakere, og i Oslo to fokusgrupper med henholdsvis fem og sju deltakere.

For gravide / kvinner som nylig har født var rekrutteringsprosessen mer utfordrende. I Nord-Norge kommune 1 fikk vi hjelp til å rekruttere en fokusgruppe med fire kvinner via helsestasjonen. I de øvrige kommunene var helsestasjonen behjelpelig med å gjøre informasjon om undersøkelsen tilgjengelig på sine infotavler, og enkelte informerte om undersøkelsen på sine svangerskapskurs og spedbarnskontroller. Rekrutteringen var ut over dette basert på at kvinnene selv tok kontakt med intervjuerne. Dette resulterte i kun én fokusgruppe, mens de øvrige fem intervjuene med denne gruppen var

individuelle intervjuer. Vi lyktes ikke med å rekruttere respondenter fra denne gruppen i Nord-Norge kommune 2, i Vest-Norge og i Oslo bydel 1.

Til sammen har vi intervjuet 85 personer fordelt på 45 fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer (tabell 3.2). Blant disse var 31 helsepersonell, 9 var gravide eller kvinner som nylig hadde født, og 45 var personer som var 65 år og eldre.

Tabell 3.2 Oversikt intervjupersoner (n = 85)

Region		Helsepersonell 31 intervjuer	65+ 45 deltok i fokusgrupper	Gravide / kvinner som nylig har født 9 deltok i intervjuer/ fokusgrupper
Nord Norge				
	Kommune 1	4	5 personer	4 personer
	Kommune 2	6	2 personer	0
Vest-Norge				
	Kommune 3	5	2 personer	0
Østlandet				
	Kommune 4	6	7 + 4	1 person
Oslo				
	Bydel 1	4	7 personer	0
	Bydel 2	3	7 + 5 personer (2 grupper)	1 + 1 person
	Bydel 3	3	6 personer	1 + 1 person

3.2 Intervjuer

Samtlige intervjuer ble gjennomført med fysisk oppmøte, og alle ble holdt på norsk. Vi utarbeidet intervjuguider i forkant av intervjuene, og disse er vedlagt i vedlegg 1. Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer der intervjuer søkte å romme alle elementer i intervjuguidene i en samtale med informantene. 18 av intervjuene ble gjennomført med to intervjuere, og i de resterende var det én intervjuer. De aller fleste fokusgruppeintervjuene hadde to intervjuere. Intervjutiden varierte fra 12 til 54 minutter.

For intervjuene med helsepersonell utarbeidet vi to intervjuguider, innrettet mot henholdsvis helseledere (inntil 34 spørsmål) og vaksinatører (inntil 32 spørsmål) for å ta høyde for deres ulike roller i vaksinasjonsarbeidet. Samtidig var det mange av spørsmålene som overlappet. Intervjuene med ansvarlige for vaksineringsarbeid i kommuner og med helsepersonell som tar del i vaksinearbeidet ble i all hovedsak gjort individuelt. Skriftlig samtykke ble innhentet før intervjuet startet.

For fokusgruppeintervjuer med personer over 65 år og for gravide / kvinner som nylig har født, ble det utarbeidet en intervjuguide til hver av gruppene. Begge disse ble innledet med en kort historie som omhandlet en fiktiv persons situasjon (i guiden til 65+ var det en kvinne på deres alder, mens det i den andre var en gravid) og et dilemma rundt det å ta en vaksine. Dette ble presentert til deltakerne for at de skulle si deres mening om hva personen burde gjøre. Deretter fulgte en rekke spørsmål tilpasset de vaksinene som er anbefalt disse gruppene.

Vi valgte å gjennomføre individuelle intervjuer med helsepersonell, mens de gravide, kvinner som nylig hadde født og de på 65+ i utgangspunktet ble søkt rekruttert til gruppeintervjuer. Vi brukte gruppeintervjuer for å få vekk oppmerksomheten fra individuelle opplevelser og heller ha oppmerksomheten rettet mot holdninger og praksiser deltakerne delte / ikke delte. Enkelte av de gravide ble intervjuet individuelt, ettersom det var krevende å rekruttere et stort nok antall til å gjennomføre fokusgruppeintervjuer. Fem av seks intervjuer med gravide og kvinner som nylig hadde født ble gjennomført som individuelle intervju fremfor fokusgruppeintervju av hensyn til rekrutteringssituasjonen.

Vi hadde ikke de samme problemene med å rekruttere til gruppen 65+. Her er det utelukkende gjennomført gruppeintervjuer. Disse deltakerne ble rekruttert fra eldre-/seniorsenter. I noen tilfeller rekrutterte eldre-/seniorsenteret deltakere til intervjuene på forhånd. I andre tilfeller møtte vi opp til felles måltider eller felles trening, presenterte vårt ærend og spurte om noen ville la seg intervju. Deretter gjennomførte vi gruppeintervjuet der og da. I én kommune manglet de eldre-/seniorsenter, så her tok vi kontakt med den lokale Pensjonistforeningen, som rekrutterte deltakere for oss. Intervjuene ble gjennomført på ulike steder, for eksempel på legekontor, helsesykepleierkontor, rådhus og seniorsentre.

Fokusgruppeintervjuene begynte med en introduksjon av forskerne og forskningsprosjektet. Deretter ble det delt ut informasjonsskriv og samtykkeskjema, og det ble gitt tid til at deltakerne fikk lese gjennom og stille spørsmål før de signerte.

Blant gravide, kvinner som nylig hadde født og personer på 65 år og eldre delte vi ved innledningen til intervjuer og fokusgrupper ut et skjema med spørsmål om sosiodemografiske data (alder, om de var født i Norge, sysselsetting, utdanningsnivå, jobb i helse-tjenestene). Hensikten med disse dataene var å vite noe om gruppesammensetningen og bakgrunn for informantene i undersøkelsen. Etter dette ble intervjuene igangsatt og gjennomført på en måte som løst fulgte intervjuguiden, men sørget for å dekke alle temaene vi søkte å få innsikt i.

3.3 Opptak og transkribering

Samtykke ble altså innhentet skriftlig i forkant av intervjuene. Samtykkeskjemaene ble deretter fortløpende lastet opp til prosjektets område hos Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo, til et domene som kun var tilgjengelig for prosjektleder. Papirskjemaene ble deretter fortløpende makulert.

Det ble gjort lydopptak under intervjuene. Dette ble gjort på to ulike måter: 1) Det ble benyttet Nettskjema-diktafonapp fra TSD på mobiltelefonen til intervjuer som ble kryptert og direkte lastet opp til prosjektets TSD-område etter intervjuet. I disse intervjuene ble

det også benyttet tradisjonelle lydopptakere (diktafon) som back-up. 2) Det ble benyttet tradisjonelle lydopptakere (diktafon), ofte to – der det var to som gjennomførte intervju- og/eller fokusgruppe. Opptakene på diktafonene ble fortløpende slettet etter at lydfilene var lastet inn i TSD og kontrollert for mottak i TSD.

Lydfilene ble først transkribert ved hjelp av kunstig intelligens, ved tjenesten Whisper fra Open AI på prosjektets område i TSD. Deretter ble alle transkripsjonene gjennomgått og rettet manuelt. I denne prosessen ble alle personidentifiserende utsagn og informasjonsheter gjennomgått. Filene ble navngitt med et løpenummer, og alle henvisninger til navn, kjønn, kommune, stedsnavn og liknende ble erstattet med generiske benevnelser eller fjernet. Dialekt og andre språklige kjennetegn ble også fjernet, slik at transkripsjonene er på bokmål. Alle transkripsjonene ble kontrollert av et annet prosjektmedlem før de ble godkjent som aidentifiserte filer.

3.4 Lagring av data

Personvernombudet hos FHI godkjente prosjektet for gjennomføring i mars 2024. All databehandling, herunder datainnsamling, håndtering og analyse, har foregått i henhold til strenge retningslinjer for personvern og datasikkerhet via Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo (UiO). Dette på grunn av at det er gjennomført intervjuer der helseopplysninger om den enkelte kan komme opp som del av samtalene, altså det som kalles røde data. FHI har vært behandlingsansvarlig og inngått og forvaltet avtalen med TSD om håndtering og lagring av data under prosjektperioden.

Lagring av datamaterialet, transkribering og analyser er gjennomført på Universitetet i Oslo sin TSD. Her har både forskerne fra FHI som deltok i datainnsamling og deler av analysearbeidet og forskerne på Fafo hatt tilgang. Lydfiler og originale transkripsjoner (som ikke er anonymiserte) ble slettet ved prosjektets slutt (31.12.24). Anonymiserte transkripsjoner lagres på FHIs server for videre analyse for eventuelle vitenskapelige publikasjoner, i henhold til respondentenes samtykke.

3.5 Analyse

Det er gjennomført det som med et vidt begrep kalles en tematisk analyse av materialet. Former for tematisk analyse er vanlig på tvers av ulike metodiske tilnærminger innenfor samfunnsvitenskapene. Dette er en skrittvis tilnærming der hensikten er å identifisere tema og meninger på tvers av ulike deler av datasettet (intervjuutskrifter, observasjonsnotaer, tekst), og der en sentral ambisjon er å ha oppmerksomhet rettet mot hvordan folk gir mening til sine erfaringer. Den skrittvis tilnærmingen starter «nedenfra» ved å gjennomgå i dette tilfellet intervjuutskrifter, og identifisere tema. Neste skritt er å sortere datamateriale basert på tema som er forhåndsdefinert og også de som blir synlige underveis. Dernest å identifisere likheter og forskjeller innenfor hvert tema – og om mulig: sammenhenger. Her er det både viktig å synliggjøre tydelige tendenser og hva som ligger bak disse, og å synliggjøre avvik fra dette (jf. Braun & Clarke 2013).

Vi gjennomførte dette ved at de aidentifiserte tekstfilene ble lastet inn i analyseprogrammet NVivo for analyse. Dette arbeidet ble gjennomført inne i TSD, og materialene ble altså analysert basert på en tematisk innholdsanalyse. Analysene ble gjort gruppevis: Ansvarlige for vaksinerings og helsepersonell for seg, gruppen på 65 år og eldre for

seg, og gravide / kvinner som nylig har født for seg. Kodestrukturene for de ulike gruppene bygde i hovedsak på temaene som var sentrale i utarbeidelsen av forskningsspørsmålene, og de gjenspeilte i stor grad intervjuguidene. Men i tillegg ble det i forkant av kodeprosessen gjort gjennomlesinger av intervjutranskripsjonene. Dette identifiserte tema vi ikke nødvendigvis hadde forutsett. Det ble derfor i tillegg lagt til noen koder i analyseprosessen. Prosessen med å kode intervjuene tematisk la grunnlag for en dypere analyse av datamaterialet. Basert på dette er så de empiriske kapitlene i denne rapporten skrevet ut.

3.6 Samtykke, etiske vurderinger og personvern

Det ble ikke søkt til REK i forkant av undersøkelsen, siden prosjektet ikke søkte å frembringe ny kunnskap om helse eller sykdom, men om holdninger og erfaringer med vaksiner og vaksinasjon som et forebyggende tiltak. Ansvaret for å ivareta taushetsplikten som forskere og deltakernes personvern tilfaller like fullt prosjektleder og medarbeidere. Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved Folkehelseinstituttet.

Deltakelse var frivillig og basert på et informert samtykke som ble gjennomgått i forkant av intervjuene (vedlegg 2). Alle deltakerne ble derfor i forkant av intervjuet særskilt informert, både muntlig og skriftlig, om at de ikke måtte svare på spørsmål de ikke ønsket å besvare, at informasjon gitt under intervjuet er fortrolig, og at de når som helst og uten noen negative konsekvenser for dem selv kunne få innsyn i sine data, kreve dem rettet, eller trekke sitt samtykke – hvorpå alle data om dem ville slettes. Ingen informanter har trukket samtykket i etterkant.

Samtlige deltakere, inkludert helsepersonell, fikk et universalgavekort på 300 kr som takk for deltakelsen i etterkant av intervjuet. Utover dette ga deltakelse i prosjektet ingen direkte fordeler for informantene, ut over det å få dele sine synspunkter på vaksine og vaksinasjon fra et personlig og/eller faglig ståsted, og slik få sin stemme hørt.

4 Organisering og praksiser i casekommuner

Det er et kommunalt ansvar å tilby, informere om og gjennomføre vaksiner mot smittsomme sykdommer. Kommunene er pålagt å organisere vaksinasjonsarbeidet slik de finner det mest hensiktsmessig for å oppnå høyest mulig vaksinasjonsdekning. Vi valgte derfor, som redegjort for i metodekapitlet (3.1), fire kommuner og tre bydeler i Oslo som case i studien. I Oslo er ansvaret for vaksiner lagt til bydelene (med unntak av vaksiner i sykehjemmene), slik at deres ansvar for vaksiner er på linje med kommuners ansvar på området.

I dette kapitlet beskriver vi hvordan våre utvalgte kommuner og bydeler organiserer og praktiserer arbeidet med vaksiner av gruppene 65+ og gravide, og i tillegg hvordan de informerer om tilbudet til folk flest og eventuelt til de nevnte målgruppene spesielt. Kommuner og bydeler er anonymisert. Dette innebærer at detaljer i beskrivelsen av kommuner/bydeler og måter det arbeides på er tatt ut, for å forhindre identifisering.

Det er, som redegjort for i kapittel 1 og 2, nasjonale myndigheter som anbefaler hva slags vaksinetilbud som skal gis til den voksne befolkningen. Men det er – stort sett – kommunene som bestemmer hvordan de vil informere om og tilby vaksinene til målgrupper i den voksne befolkningen, og også hvor mye vaksinene skal koste.

Unntaket er tilbud om kikhostevaksine til gravide. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har en forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Her heter det i § 7 om Barnevaksinasjonsprogrammet at: «Helsestasjonstjenesten skal informere om og tilby kikhostevaksine til gravide for å hindre alvorlig sykdom hos spedbarn, som en del av den ordinære svangerskapsomsorgen».⁹ Kikhostevaksinen er gratis for denne målgruppen.

Prisen på influensavaksine kommer an på hvor du bor. Når det bestilles vaksiner fra de ansvarlige lokalt, gjøres dette fra Folkehelseinstituttet. Prisen de betaler for den er 106 kroner. Men det foreligger ingen fast pris på å sette vaksinen på personer i risikogrupperne. Det er derfor opp til kommuner, legekontor og andre vaksinasjonssteder å sette en slik pris. Koronavaksinen er det, som vi så i kapittel 2, kommunene som bærer det økonomiske ansvaret for at innbyggerne skal få. Det vises til rammebevilgningene fra staten til kommunene. Vaksinen skal i utgangspunktet være gratis, i alle fall for de definerne risikogrupperne. Men slik vi leser retningslinjene, er det opp til kommunen å finne ut hvordan det økonomiske rundt dette løses.

For influensa og koronavaksine finnes det heller ingen lov eller forskrift der nasjonale myndigheter pålegger lokale myndigheter å organisere tilbudet på en bestemt måte utover at kommunene skal organisere det slik at man oppnår høyest mulig dekning (vaksinasjonsforskriften). Det er ingen nasjonal avtale med fastleger som gjør at de har en takst for dette arbeidet.

⁹ https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Dette står i motsetning til kikhostevaksine til gravide, som altså skal tilbys som del av svangerskapsomsorgen, enten denne utføres av jordmor/helsesykepleier på helsestasjonen eller av fastlege.

Fremstillingen av kommunens organisering bygger i hovedsak på intervjuene vi har gjort i kommunene med de som har ansvaret for vaksiner lokalt og de som gir vaksiner. Vi forholder oss i denne sammenhengen kun til hva de sier om organisering og praksis, ikke til deres vurderinger av egen organisering og praksis, og hva de eventuelt tenker burde gjøres annerledes. Dette kommer i kapittel 5, der vi utforsker organisatorer og de som setter vaksiner sine erfaringer med måten vaksiner er organisert på lokalt og nasjonalt samt hva slags holdninger de har og hvordan de møter de som skal vaksineres.

Dette kapitlet innledes med en presentasjon av hver enkelt casekommunes organisering og praksiser i vaksiner av voksne og hvordan de informerer om tilbudet til kommunens innbyggere. I denne deskriptive fremstillingen dannes det et bilde av likheter på noen områder og forskjeller på andre. Likheter og forskjeller oppsummeres og drøftes i siste del av kapitlet.

4.1 Nord 1

Dette er en kommune med under 2000 innbyggere. Den er stor i geografisk omfang, men med ett kommunesenter, og ellers er den spredtbygd. Vaksinasjonsdekning for influensavaksine til personer på 65+ er vesentlig lavere enn landsgjennomsnittet.

Organisering og praksiser i vaksiner av voksne

Kommunalsjefen for helse og omsorg har det overordnede ansvaret for vaksiner i denne kommunen. Gjennom kommunalsjefen bestilles det influensavaksiner (og de øvrige) og organiseres massevaksineringsdag. Dette kommer vi tilbake til. Kommuneoverlegen bestiller koronavaksiner. Helsesykepleier bestiller kikhostevaksine. Kommunalsjefen søker faglige råd om vaksiner hos kommuneoverlegen, hvis det er nødvendig.

Kommunalsjefen fortalte at kommunen hadde massevaksiner under pandemien, og at de har fortsatt med dette. Da fastsettes tid og sted, og dette annonseres til kommunens innbyggere. Deretter åpnes det for påmelding, og de som ønsker å få satt vaksine møter til fastsatt tid der vaksineringen skal foregå. Dette gjøres ved at kommuneoverlegen, som også er fastlege, åpner timeboka si på Helsenorge, slik at pasientene kan booke tid. De kan også booke ved å ringe legekantoret. Det ble i 2024 organisert massevaksiner en dato i oktober i kommunehuset. Da ble det tilbudt influensavaksine, koronavaksine, pneumokokkvaksine (lungebetennelse) og oppfriskningsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio. Pneumokokk kan ikke tas på samme dag som de øvrige, men det var en del som kun ønsket denne vaksinen denne dagen, og da ble det lagt til rette for det. Helsesykepleier, en sykepleier fra fastlegekantoret og en tredje vaksinator betjente innbyggere som hadde meldt seg på.

Utover massevaksiner er det helsesykepleier som stort sett setter ulike typer vaksiner på både voksne og barn. Helsestasjonen har ansvaret for å følge opp tilbud om kikhostevaksine til gravide, og dette tas opp av jordmor som en del av

svangerskapskontrollene. Helseesykepleier setter kikhostevaksine på gravide. Dersom folk ønsker vaksiner på resept, for eksempel pneumokokk- eller influensavaksine (når folk ikke er med på massevaksineringen), så får de resept hos fastlegen, henter ut vaksine på apoteket, tar den med til fastlegekontoret og får den satt av en sykepleier der. Det understrekes av fastlege at de kun ved noen få tilfeller gjør det slik.

Ansatte innen helse og omsorg får alle tilbud om vaksiner gratis.

Pris: Koronavaksine er gratis. Influensavaksine koster 200 kr, kikhostevaksine koster 400 kr (gravide får gratis). Pneumokokkvaksine koster 300 kr. Kommunen har bevisst holdt prisen på influensavaksine lav, prisen er kun det vaksinen koster kommunen + administrasjon.

Hvordan innbyggerne informeres om vaksiner

Hjemmesidene i kommunen benyttes aktivt for å informere befolkningen om særlig sesongvaksiner. Denne informasjonskanalen ble innarbeidet under pandemien. Informantene i kommunen erfarer at befolkningen da startet å forholde seg til vaksineinformasjon som ble formidlet her. Det har de fortsatt med. I tillegg brukes lokalavisen og Facebook til å informere om massevaksinasjonsdagen.

Jordmor informerer gravide om kikhoste-, influensa- og koronavaksine i konsultasjonen på helsestasjonen i uke 24. Jordmor oppfordrer kvinnene til å se nærmere på anbefalingene om vaksiner av gravide som ligger på Helsedirektoratet sine sider.

Intervjuene i kommunen tilsier at fastlegen – det er én i kommunen – ikke har faste rutiner for å informere om eller oppfordre folk til å ta vaksiner som del av konsultasjoner, heller ikke når pasienten er 65+. Det ble opplyst om at en konsultasjon hos fastlege kun er på 20 minutter, og informasjon / påminnelse om vaksiner er ikke prioritert. Informanten presiserte likevel at når pasienter selv tar opp dette, så følges det opp med informasjon.

4.2 Nord 2

Dette er en av de større kommunene i landsdelen. Den har et kommunesentrum og en ellers noe spredt bosetting. Vaksinasjonsdekning for influensavaksine til personer på 65+ er vesentlig lavere enn landsgjennomsnittet.

Organisering og praksiser i vaksiner av voksne

Kommuneoverlegen har det overordnede ansvaret for vaksiner. Kommuneoverlegen bestiller influensa- og koronavaksiner basert på andel i befolkningen på 65 år og eldre, antall pasienter i risikogrupper på fastlegenes lister, beboere med / brukere av hjemmetjenester og vaksiner av kommunens ansatte (kun influensa).

Det ble denne høsten arrangert massevaksiner i et lokale flere ukedager i oktober for både influensa- og koronavaksine. Kommunen tilbød ikke pneumokokkvaksine (lungebetennelse) på dagene hvor det ble holdt massevaksinasjon. Innbyggere som ønsker denne kan få resept av fastlegen, hente ut vaksinen på apoteket og få den satt på apoteket, hos fastlegen eller under massevaksinasjonen. Øvrige vaksiner følger samme

prosedyre. Koronavaksine er også tilgjengelig på apoteket, som kommunen har inngått avtale med.

Hjemmetjeneste og sykehjem/omsorgsboliger får influensa- og koronavaksine til sine brukere og beboere. I tillegg organiserer de selv vaksinering med influensavaksine til sine ansatte.

Helsestasjonen får influensavaksiner til gravide og eventuelle barn i risikogrupper. Kikhostevaksine til gravide settes så å si utelukkende hos jordmor. Øvrige oppfriskningsdoser av barnevaksiner (som kikhostevaksine) til andre grupper, er tilgjengelig via helsestasjonen og på apoteket, så lenge forsyningssituasjonen tilsier dette.

Pris: Informanter i kommunen sa at det har vært prioritert å ha en lavest mulig pris for vaksiner slik at dette ikke blir en barriere for vaksinering. De setter derfor vaksiner til selvkost under massevaksineringen eller subsidiert (når de gis på helsestasjonen).

Hvordan innbyggerne informeres om vaksiner

Innbyggere informeres om sesongvaksinene via fysiske oppslag, i lokalavisen og på sosiale medier. Dette omfatter informasjon om anbefalinger og hvor man kan få vaksiner. Gravide informeres under svangerskapsoppfølgingen på helsestasjonen.

Fastlegene gir en direkte anbefaling om influensavaksine til pasienter. Fastlegen vi intervjuet gikk også gjennom pasientlistene sine for å sende pasienter i risikogrupper en melding via Helsenorge om at de er anbefalt vaksine og hvor den kunne tas.

Beboere ved sykehjem og brukere av hjemmetjenester skal informeres av helsepersonell som ivaretar dem.

Kommuneoverlegen sammenfatter informasjon fra FHI og distribuerer dette til de som vaksinerer i regi av kommunen. Det holdes også informasjonsmøter for ansatte. Det henges opp lister for påmelding i forkant av vaksinering av helsepersonell på deres arbeidsplass. Tilbudet annonseres også via interne personalsider på Facebook.

4.3 Sørvest

Kommunen har under 15 000 innbyggere. Den har ett kommunesentrum – og ut over dette spredt bebyggelse over hele kommunen. Det er forholdsvis enkelt å komme seg til sentrum. Vaksinasjonsdekning for influensavaksine blant personer på 65+ ligger langt over landsgjennomsnittet.

Organisering og praksiser i vaksinering av voksne

Kommuneoverlegen (som også er fastlege) planlegger vaksinasjon i kommunen og bestiller influensavaksine og koronavaksiner (basert på fastlegekontorenes anslag). Vedkommende har også organisert et nytt tilbud om kikhostevaksine til gravide i regi av helsestasjonen.

Tilbudet til risikogrupper om influensa og koronavaksine gis hos fastlegene. Fastlegene har 15 minutter til konsultasjoner, og tilbudet gis i løpet av slike konsultasjoner. Vaksinene ordnes på forhånd av fastlege og settes stort sett av helsesekretær.

Kommunen har tidligere år inngått avtale med apotekene om koronavaksinering av innbyggerne, men på tidspunktet vi besøkte dem, hadde de ikke en slik avtale. Influensavaksine kan også gis på apotek, men da utenfor program og til full pris. De som ønsker vaksine på apoteket, har mulighet til å bestille time på nett eller komme på drop-in. Apoteket tilbyr også andre vaksiner, som for eksempel mot stivkrampe og HPV. Koronavaksine er også bestilt særskilt til ett legekontor, som har en drop-in-funksjon i en periode.

Alle som er over 65 år og som bor på sykehjem (både fastboende og de som har kortere opphold) tilbys influensa-, korona- og pneumokokkvaksine på sykehjemmet. Sykehjemslege ordinerer. Sykepleiere setter vaksiner.

Informasjon om kikhostevaksine til gravide gis ofte tidlig i svangerskapsforløpet, og tilbud om vaksinering gis på en ekstra konsultasjon med jordmor på helsestasjonen i uke 24. Gravide har 60 minutters konsultasjoner gjennom hele svangerskapet.

Ansatte innen helse og omsorg får tilbud om influensavaksine på ett av sykehjemmene i kommunen, eller så setter ansatte på hverandre. Helsepersonell og barnehageansatte har også fått tilbud om kikhostevaksine. Ansatte på apotek får gratis influensavaksine av sin arbeidsgiver.

Pris: Influensavaksine koster 350 kr.

Hvordan innbyggerne informeres om vaksiner

I noen år har fastleger i kommunen kartlagt listene sine og sendt ut påminnelser på Helsenorge om sesongvaksiner. Men dette var enda ikke gjort i 2024, da vi besøkte kommunen i oktober. Kommunen informerer på sine nettsider. Kommuneoverlegen har også fått oppslag i lokalavisen med informasjon om influensa-, korona- og kikhostevaksine, og i tillegg om hvilke risikogrupper som er anbefalt å ta vaksine.

4.4 Østlandet

Kommunen har over 50 000 innbyggere spredt over et relativt stort areal og med flere sentra. Vaksinasjonsdekningen for influensavaksine blant personer på 65+ ligger langt over landsgjennomsnittet.

Organisering og praksiser i vaksinering av voksne

Kommunen har et vaksinekontor hvor leder har ansvaret for at kommunens voksne befolkning får tilbud om de vaksinene de trenger. Kikhostevaksine til gravide følges imidlertid først og fremst opp på helsestasjonen i forbindelse med kontroll av gravide hos jordmor der.

Det organiseres massevaksinering med influensa-, korona- og meningokokkvaksiner. En vaksinekoordinator organiserer mobile vaksineringsteam som reiser ut til på forhånd annonserte lokasjoner. De som bor i nærheten kan da bestille der, den dagen teamet kommer. Det er ikke drop-in.

Det er også mulig å ta kontakt med vaksinekontoret direkte på e-post eller telefon og booke en time.

Fastlegene kan også henvise pasienter til rådgivning på vaksinekontoret. Fastlegekontorene kan også sette vaksiner, vanligvis hos helsesekretær. Fastlegen tar (på eget initiativ) også dette opp med enkelte pasienter, helsesekretæren gir påminnelser og enkelte pasienter husker på dette selv.

Sykehjemsbeboere vaksineres på sykehjemmet. Det tilbys også hjemmekonsultasjoner og hjemmevaksinering til pleietrengende eldre som er i risikogruppe, men dette blir ifølge informanter i kommunen kun gjennomført i spesielle tilfeller. Det er også institusjoner i kommunen som oppsøkes for vaksinering. Vaksiner kan også tas på apotek og hos andre private aktører, men da koster det mer enn om dette gjøres i kommunal regi.

Ansatte i omsorgstjenestene vaksineres på sykehjem på det enkelte sykehjems budsjett. Bedriftshelsetjenesten reiser rundt til de ulike sykehjemmene og setter vaksiner.

Pris: 250 kr for influensa, men det var litt uklart om dette omfattet hele kommunen.

Hvordan innbyggerne informeres om vaksiner

Det legges ut informasjon på kommunens nettsider, i sosiale medier og på vaksinekontoret. Informasjonen går ut på hva som er anbefalingene og hvor vaksiner kan fås. Informasjonen er på norsk og engelsk. I tillegg drar de fra vaksinekontoret ut til stedene for massevaksinering, snakker med de som jobber der og henger opp informasjon. Det er ingen påminnelser eller særskilt innsats ovenfor de på 65+, ut over eventuell påminnelse på fastlegekontoret.

4.5 Oslo 1, 2 og 3

Vi har besøkt tre bydeler i Oslo: to i øst og en i vest. Det bor til sammen i overkant av 160 000 mennesker i disse tre bydelene. Vaksinasjonsdekningen for influensavaksine blant personer på 65+ er godt over landsgjennomsnittet i Oslo 1 (vest), og langt under landsgjennomsnittet i Oslo 2 og 3 (øst).

Organisering og praksiser i vaksinering av voksne

Bydelsoverlegene er ansvarlige for smittevern i alle tre bydeler, og de er også ansvarlige for vaksineringsarbeidet i bydelene.

De tre bydelene har – på samme måte som i kommunene – en organisering av kikhostevaksinering av gravide. Dette foregår på helsestasjonene som del av svangerskapskontrollen. De gravide gis informasjon om kikhostevaksinen tidlig i svangerskapet og tilbys så vaksine i uke 24. Flere av jordmødrene fortalte at enkelte av de gravide følges opp av fastlegen. Dette er imidlertid en liten andel. De fortalte også at de gjerne vil ha dem innom fastlegekontoret i løpet av svangerskapet, siden det er fastlege som skal følge dem opp etter fødsel. Kikhostevaksine settes imidlertid i all hovedsak på helsestasjonen av jordmor eller av helsesykepleier.

På helsestasjonen informeres det også om at influensa- og koronavaksine er anbefalt til gravide. Disse vaksinene settes imidlertid ikke der i bydelene vi har besøkt. Influensavaksine settes hos fastlege eller eventuelt på apoteket, mens koronavaksine i alle fall i to av bydelene ble satt på vaksinasjonssenteret som er felles for Oslos bydeler. Dette betyr, slik en jordmor beskrev det, at de gravide må «shoppe litt rundt» hvis de er fast

bestemte på også å få influensa- og koronavaksine. Influensavaksinen beskrives som sesongbasert. Det vil si at den først og fremst aktualiseres i høstmånedene.

Oslo kommune inngikk i løpet av høsten 2024 en avtale med Oslo legeforening, som gjorde at eldre over 65 år og folk i risikogrupper kunne få satt koronavaksinen gratis hos fastlegen (Tassamma, 2024).

Sykehjem og hjemmesykepleie er også involvert i vaksineringsarbeid. Sykepleierne på ulike enheter har ansvaret for vaksineringsarbeidet av beboere. De tilbyr anbefalte vaksiner på sykehjemmet og setter også andre vaksiner ved forespørsel. Dette har sykehjemmet ansvaret for.

Alle de tre bydelene driver vaksineringsarbeid av ansatte. Dette omfatter ansatte i helsetjenestene, men i alle fall i to av bydelene omfattes også barnehager, barnevern og andre tjenester som jobber med sårbare grupper (i en bydel nevnes rus og psykisk helse spesifikt). Det varierer hvilke vaksiner som tilbys ansatte, men influensa- og koronavaksiner tilbys i alle de tre bydelene. Enkelte tilbyr også kikhostevaksinen og vaksiner mot hepatitt B. Vaksineringsarbeid av ansatte er gratis. Selve vaksineringsarbeidet gjøres på helsestasjonene stort sett av hverandre, mens det i andre tjenester enten drives oppsøkende virksomhet til tjenestestedet, eller så må de ansatte møte til vaksineringsarbeid etter nærmere anvisning. Det vektlegges at vaksineringsarbeid på tjenestested er å foretrekke, siden dette gjør at man når frem til flest.

Prisene på sesongvaksinasjon varierer bydelene imellom. Kikhostevaksiner til gravide er gratis.

Hvordan innbyggerne informeres om vaksiner

I alle tre bydeler informerer helsestasjonen om kikhostevaksiner til gravide, men også om influensa- og koronavaksiner. Dette skjer gjennom svangerskapskontrollene og gjennom et nyhetsbrev til alle gravide. De bruker også sosiale medier. I en bydel brukes en app for å informere om vaksineringsarbeid. Gravide oppfordres til å laste ned denne appen på første kontroll for å sikre seg at de får korrekt informasjon. Appen brukes også for å sende ut relevant informasjon til andre grupper.

Det gis informasjon på sykehjem om vaksineringsarbeid og om hva som er spesielt med årets vaksiner. Ellers gis det noe informasjon fra fastleger. I den ene bydelen opplyses det om at det finnes en del innbyggere som ikke benytter seg av fastlegen så ofte, og som derfor er krevende å nå. Det finnes lavterskeltilbud, som en kafé, som informerer rusavhengige om vaksineringsarbeid, men det finnes ikke noe opplegg for å få vaksinen der.

Ingen av de tre bydelene hadde – da vi gjorde intervjuer med ansvarlige og helsepersonell – en plan for informasjonsarbeid som inkluderte hvordan de kunne nå frem til ulike målgrupper. Dette gjelder også befolkningen med innvandrerbakgrunn. En av bydelsoverlegene vi intervjuet beskrev årsaken til dette som at ansvaret for informasjon forstås som å ligge et annet sted enn på bydelsnivå:

Det var i hvert fall noe vi hadde mye fokus på under pandemien og sånt. Men da var vi mye mer som bydel på å jobbe for å øke informasjon ut og alt sånt der. Nå gjør vi ikke

så mye av det, fordi vi tenker at det skjer på en måte fra FHI eller fra kommunen. Ikke så mye på bydelsnivå. Og det har sikkert litt med at da var det veldig fokus på at vi fikk beskjed om at dette måtte vi gjøre. At det får vi ikke nå. Så da har vi andre ting vi heller gjør.

4.6 Likheter og forskjeller i organisering og informasjon

Ansvar for vaksiner er i våre casekommuner lagt til kommunalsjef (med faglig råd fra kommuneoverlege) eller kommune/bydelsoverlege. Bestillinger av vaksiner gjøres av den ansvarlige i nær kontakt med tjenestene som setter vaksiner, eller så gjøres de av ansatte i disse tjenestene – i hovedsak fastlegekontorer og helsestasjoner. Anslag for hvor mye som trengs er viktige, særlig for influensavaksiner, der kommunen må bære utgiftene med vaksiner som ikke omsettes.

En av casekommunene skiller seg ut ved at de har et vaksinesenter som både organiserer, distribuerer og fungerer som en lokal kunnskapskilde om vaksiner og vaksinerings.

Vaksinerings av gravide med kikhostevaksine er det gjennomgående helsestasjoner som har ansvaret for, med eller uten aktiv involvering av jordmor. Her gis informasjon om denne vaksinen, gjerne tidlig i svangerskapet, slik at den enkelte gravide kan vurdere om de ønsker den. Deretter settes vaksinen i forbindelse med konsultasjoner i uke 24. Øvrig vaksiner som nasjonale myndigheter anbefaler til gravide (influensa og korona) er det i våre casekommuner like gjennomgående at man må til fastlege eller apotek for å få utført (her er Nord 1 et unntak). Så mens kikhostevaksinen både informeres om og gis på helsestasjonen, enten av jordmor eller helsesykepleiere, må den gravide stort sett til fastlegen eller en annen tjeneste i kommunen for å få influensa- og koronavaksine. Det virker heller ikke som om jordmødre og helsesykepleiere er like på med å tilby dette.

Det varierer – som vi har sett – om fastlegene aktivt tilbyr pasienter i risikogrupper (som 65+ og gravide) influensa- og koronavaksiner. Dette kan gjøres som del av konsultasjoner eller ved å sende info og påminnelse gjennom pasientlister på Helsenorge. Våre casekommuner er ulike i antall innbyggere og beliggenhet. Mens det i enkelte kommuner er mange ulike fastlegekontor, har andre kun ett. Det fremstår likevel som en tydelig tendens at hvordan fastlegene agerer for å informere om influensa- og koronavaksiner til risikogrupper ikke bare varierer kommuner/bydeler imellom, men også blant fastleger.

Vaksiner og vaksinerings er – som i helsestasjoners møte med gravide – kun en av mange oppgaver. Men mens det på helsestasjonene altså er en nasjonalt pålagt systematikk i å tilby og gi kikhostevaksiner, finnes ingen tilsvarende systematikk når det gjelder influensa- og koronavaksiner, verken hos fastleger eller på helsestasjoner.

Det er også varierende hvordan fastlegene forholder seg til og jobber med pneumokokkvaksiner i risikogrupper. Fastleger vi har intervjuet setter gjennomgående ikke vaksiner selv, men overlater dette til helsesekretær eller sykepleier på fastlegekontor, eventuelt til helsesykepleier.

Tre av våre casekommuner arrangerer massevaksinerings – da tilbys som regel influensa- og koronavaksiner. Enkelte tilbyr også andre vaksiner. Det ble i enkelte kommuner

referert til rutiner innført gjennom pandemien, mens dette i andre kommuner synes å ha vært en innarbeidet tradisjon svært lenge. Når det holdes massevaksinering, informeres det også bredt ut til befolkningen både gjennom kommunens ordinære kanaler for kommunikasjon med befolkningen og i lokalpressen i form av annonser og/eller redaksjonelle oppslag. I tillegg mobiliseres flere deler av det kommunale helseapparatet for å organisere det hele, sette vaksiner og registrere de som ønsker vaksiner denne dagen. En kommune skiller seg ut gjennom oppsøkende massevaksinering. Her har massevaksinering også et innslag av at «vaksinen kommer til deg». Apotek er i flere av våre casekommuner en mulighet til å få satt influensavaksiner, og enkelte steder også koronavaksiner. Apoteket leverer også ut vaksiner på resept – i enkelte av kommunene oppgis det at de kan få satt dem der (på apoteket), mens i andre kommuner må de tas med til fastlege eller helsestasjon for å få satt dem der. Det varierer om apoteket driver vaksinering som del av en avtale med lokale myndigheter eller om de gjør dette som et rent privat initiativ.

De som er kort- eller langtidsboende på sykehjem eller bruker hjemmetjenestene synes gjennomgående å få tilbud om vaksiner av helsepersonell som er ansvarlig for dem.

Våre casekommuner tilbyr også gjennomgående influensavaksiner til sine ansatte i helse- og omsorgssektoren, flere også til ansatte i andre tjenester – som barnehager. I enkelte kommuner tilbys det også andre vaksiner til deler av kommunens ansatte.

Gjennomgangen av tilbudet i våre casekommuner illustrerer fraværet av en felles prispolitikk på vaksinerne vi er mest opptatt av i denne studien, bortsett fra for kikhostevaksiner som gis gratis til gravide. Når det gjelder influensavaksiner, er det varierende hva denne koster den enkelte.

Vi finner også at våre casekommuner ikke er svært systematiske i informasjonsarbeidet rundt vaksinering. Dette skjer mest systematisk og intensivt i forbindelse med massevaksineringer i kommuner/bydeler som arrangerer dette. Det er også enkelte fastleger som sender ut informasjon og påminnelser til risikogrupper på sine pasientlister gjennom Helsenorge og minner pasienter på vaksiner ved konsultasjoner. Her er det imidlertid opp til den enkelte lege hva de ønsker å gjøre. Resultatet er at enkelte prioriterer det høyt, mens andre har andre oppgaver de mener er viktigere. Gravide synes gjennomgående å få info, i alle fall om kikhostevaksiner, gjennom konsultasjon hos jordmor eller på helsestasjon.

Ellers informeres det stort sett via kommunens nettsider, gjennom plakater – digitalt og på papir – på legekontor, helsesenter, helsestasjoner, vaksinekontor og eventuelt på seniorsenter og andre offentlige bygg.

5 De som vaksinerer: holdninger og praksiser

I dette kapitlet besvarer vi spørsmål i den andre problemstillingen: hva slags holdninger til vaksiner finner vi hos helsepersonell, og hvordan påvirker dette eventuelt praksiser og møter med målgrupper for voksendvaksiner? Vi undersøker også hvordan disse holdningene eventuelt påvirker om helsepersonellet selv velger å la seg vaksinere.

Kapitlet bygger på intervjuer foretatt med ledere for vaksinasjonsarbeid og helsepersonell som er involvert i vaksiner i de sju casekommunene/bydelene, til sammen 31 individuelle intervjuer.

Kapitlet avsluttes med en oppsummering av informantenes vurderinger av ønskede endringer i dagens vaksinasjonsprogram.

5.1 Praksis: vaksiner og informasjon

Helsepersonellet vi har snakket med forholder seg til flere ulike vaksiner anbefalt for den voksne befolkningen. Det er stor variasjon i de i overkant av tretti individenes fagbakgrunn og arbeidssted, og også på hvilke måter og i hvilken grad de er involvert i arbeidet med vaksiner.

Enkelte har vaksinearbeidet som del av sin lederrolle. Dette gjelder kommuneoverleger og bydelsoverleger vi har intervjuet, så vel som en kommunalsjef for helse og omsorg – som også var tillagt ansvaret for vaksinearbeidet i sin kommune. Da innebærer rollen først og fremst å bestille vaksiner og organisere vaksinearbeid i kommunen.

Majoriteten av informantene driver imidlertid vaksinearbeid i praksis. For de fleste utgjør dette en liten del av deres arbeidsoppgaver og arbeidshverdag. For noen få, først og fremst de som jobber ved vaksinesenteret i en av casekommunene, er vaksiner en hovedsak – en daglig arbeidsoppgave. Her tilbyr de stort sett det meste innen vaksiner, både til barn, voksne og ved reise:

Det er jo smittevern og vaksinasjon, så vi jobber jo veldig mye med vaksiner, men også en del andre ting innenfor smittevern (Sykepleier ved vaksinekontor).

Vaksinearbeid er på vaksinesenteret en primær del av det de ansatte skal drive med, mens for øvrige informanter fremstår ansvaret de har hva vaksiner angår, ofte mindre definert og avklart. Dette gjelder fastleger, så vel som helsesykepleiere, jordmødre og helsesekretærer. I casekommunene er, som vi har sett i kapittel 4, helsestasjonens ansvar for kikhostevaksine til gravide det som er tydeligst definert. Slik har det vært siden 1. mai i 2024. Et par av de intervjuede jordmødrene fortalte at de var litt bekymret for at denne ekstra arbeidsoppgaven skulle kreve mye tid og krefter. Det opplever de ikke at har skjedd. En jordmor beskrev hvordan ansvaret for vaksiner blir integrert i svangerskapskontrollene den gravide går til, og slik er noe som inngår i arbeid de allerede utførte:

Det var vi jo veldig spente på med kikhostevaksinen. Hvor mye tid vil dette ta oss? Det var veldig mye negativt fokus rundt det. At det ville spise mye tid av den tiden vi allerede ikke har. Men så er det gjort på maks to minutter, ikke sant? Med dokumentasjon og det å sette det stikket. Det går så fort.

Mens en av de andre jordmødrene sa:

Og så har vi og begynt å vaksinere i tillegg, denne kikhostevaksinen. Og det er jo, for å si det rett ut, en liten del av det store vi gjør, da. Så det glir liksom kjapt inn i en annen konsultasjon vi ville hatt uansett.

Disse to jordmødrene både informerte om og satte vaksinene selv. Det ekstra arbeidet viste seg å bestå i å informere om vaksinen ved en av de første kontrollene og deretter gi tilbudet om vaksineringsen i uke 24. Andre jordmødre konsentrerte seg om informasjonsarbeidet i møte med de gravide som kom til svangerskapskontroll, og de lot andre på helsestasjonen ta seg av selve vaksineringsjobben:

Jeg kommer med de anbefalingene som gjelder. Og noen ganger kommer de meg i forkjøpet og spør. Og så ber jeg de om å henvende seg i luka og avtale tid eventuelt. Jeg vil tro at de fleste får det de skal ha her.

Vi ser også at det er stor variasjon i om helsepersonellet faktisk har muligheter til å informere om anbefalte vaksiner. Generelt beskrev helsepersonellet at de anbefaler vaksiner i henhold til de offisielle anbefalingene og at det stort sett er enkelt å svare på spørsmål. En jordmor beskrev hvordan hun håndterer vaksinespørsmål på denne måten:

Jeg har jo fått en del spørsmål om influensavaksiner når jeg tenker meg om. FHI har gode nettsider, så da går jeg bare inn. Av og til må jeg dobbeltsjekke hva som er aktuelt nå. Så det er jo et enkelt svar, for det er på sin plass at jeg informerer de om det som FHI mener er best.

Det fremstår i intervjuer med helsepersonell – slik vi også så i casestudien – at det er forskjeller mellom kommunene i informasjon og påminnelser om vaksiner. Dette henger sammen med ulikheter knyttet til om det finnes etablerte og formaliserte rammer for vaksinasjonstilbudet. For de gravide er vaksineringsen, som vi har sett, lagt inn i de eksisterende rutinene for svangerskapskontroll. Dette gjør at det finnes en tydelig ramme for å gi informasjon og påminnelser, noe som er spesielt effektivt når det gjelder kikhostevaksinen, siden det er lagt opp til at denne også skal settes på helsestasjonen. Det er ikke like rett frem med vaksiner mot influensa og korona som også er anbefalt til gravide. Ja, helsepersonellet informerer om disse også, som et punkt i svangerskapskontrollen – men kanskje ikke like strukturert som for kikhostevaksinen. Og for å få tatt disse andre vaksinene, må gravide stort sett – som vi har sett i kapittel 4 – til fastlegen eller på apoteket.

Andre kanaler for informasjon til gravide brukes også, som nyhetsbrev og sosiale medier, og i noen tilfeller en egen app, som beskrevet nedenunder:

Vi bruker noe som heter [navn] app ganske aktivt. Og der ligger det inne informasjon. Så vi ber dem jo ofte om å lese seg litt opp i forkant på det som skal skje sånn at vi slipper å sitte og fortelle dem det de veldig enkelt kan lese selv. Også kan vi heller fylle på med det de undrer seg over, det de ikke forstod eller det som ikke sto godt nok forklart, eller sånne ting. Da ble det litt bedre målrettet og gode konsultasjoner (Jordmor).

Majoriteten av de som er involvert i vaksinerings av gravide har en positiv oppfatning av dette.

Kommunikasjon knyttet til vaksineanbefalinger for befolkningen over 65 år er mer komplisert. Det finnes ikke en tilsvarende oppfølging med jevnlig kontroll av denne gruppen, noe som gjør at det fremstår mer tilfeldig om anbefalingene faktisk gis. Informasjon om for eksempel influensavaksiner ble i enkelte kommuner gjort i sosiale medier og/eller i lokalavis, gjennom fastlegen eller vaksinasjonssenter. Gruppen på 65 år og eldre er altså i større grad avhengig av at enkeltindividene selv oppsøker eller finner informasjon om anbefalte vaksiner for sin aldersgruppe, med mindre de for eksempel har fastleger som følger dem tett. For flere av de intervjuede fastlegene var anbefalte vaksiner noe de informerte om som del av andre konsultasjoner, og enkelte involverte også andre ved fastlegekontoret for å lage en rutine for eksempelvis å informere om influensavaksiner:

Det er jo om å gjøre å delegere mye av dette til helsesekretærene, da. At det blir gode rutiner der. Og at man husker når pasienter kommer inn og «forresten, ja, du burde vaksinere deg hver høst». Og kanskje sette de opp på vaksinetime.

De færreste av fastlegene vi snakket med drev med direkte påminnelser om vaksiner til sine pasienter dersom de ikke var innoen dette som del av andre konsultasjoner. Et unntak var en lege som beskrev hvordan hen hadde et system for å sortere pasientlisten sin etter alder eller diagnose. Deretter kunne hen sende ut informasjon og anbefalinger om vaksiner via melding i Helsenorge. Dette krevde imidlertid både tid og ressurser:

For meg har den jobben vært overkommelig og at jeg hadde såpass bra oversikt i år at det var enkelt å bare sortere lister på alder og så begynne å trykke. Så først hadde [jeg] standardtekst klippet inn, det tok meg ca. 20 sekunder per pasient å sende denne anbefalingen. Så satt jeg og repetitivt trykte på musen en ettermiddag og fikk sendt ut 150 anbefalingsmeldinger.

Blant de fastlegene vi har snakket med, så er det kun denne som bruker tid på å sende ut påminnelser til sine pasienter så systematisk. Selv om enkelte beskrev at de prøver å sjekke vaksinasjon i forbindelse med andre konsultasjoner, så er ikke dette – på samme måte som med jordmødre i møte med de gravide – en del av arbeidsinstruksen. Fastlegene har avtaler med sine kommuner, men det synes ikke som om dette ofte også omfatter programvaksinerings.

Noen kommuner/bydeler gjør – som vi har sett i kapittel 4 – mer enn andre for å informere om vaksiner via andre kanaler, om det så er kommunens nettsider, lokalpressen eller det formidable informasjonsløftet det også er å ha dager for massevaksinering. Likevel er det – når det gjelder de på 65+ – ingen som har dette som sin definerte informasjonsoppgave, slik jordmødre har det ovenfor gravide.

5.2 Kunnskap om og holdninger til vaksiner

Helsepersonells kunnskap om vaksiner er viktige for hvordan de utfører vaksinasjonsarbeidet. Mange av informantene sa i intervjuer at de prøver å holde seg oppdatert om vaksiner, men det er stor variasjon i om det å oppdatere seg på informasjon om eksisterende vaksiner er noe de har mulighet til å prioritere i en travel hverdag. Flere sa at de prøver å delta på FHIs vaksinedager og følge nyhetsbrev fra FHI og andre, og i tillegg delta på vaksinewebinarer når dette er tilgjengelig. Samtidig var det tydelige forskjeller i hvor mye arbeidstid de hadde hvor de kunne prioritere å drive med slike kunnskapsoppdateringer. Ved flere av helsestasjonene og fastlegekontorene hadde de imidlertid en utvalgt person som hadde en koordinatrorolle når det gjaldt å følge med på nye anbefalinger, vaksiner og informasjon. Denne personen fulgte med på nyhetsbrev fra Folkehelseinstituttet og andre instanser og sendte deretter ut det som var relevant til de andre som var involvert i vaksinering på arbeidsplassen:

Jeg har en slags koordinatrorolle her, da. Så jeg skal ta litt sånn ekstra ansvar for å følge litt med på det som vi burde vite (Fastlege).

Andre beskrev arbeidsdager som bar preg av få muligheter til å bruke tid på å holde seg oppdatert på informasjon om vaksiner, som for eksempel en av jordmødrene vi snakket med:

Plutselig så kanskje det ikke er hjemmebesøk en dag, da, og da er det jo tid vi [jordmødrene] skal bruke på forskning, fag, sånne ting. Men det er ikke så veldig ofte det skjer. Så det er ofte at det blir på fritiden, da.

Denne jordmoren var tydelig på at det ikke var mangel på interesse som gjorde at dette ikke prioriteres, men at mangelen på avsatt arbeidstid til denne typen arbeid hadde konsekvenser:

Og det gjør kanskje at mange ikke prioriterer å holde seg oppdatert, fordi det er jo andre ting som skjer på privaten. Og det er ikke mange nok timer i døgnet å følge opp, men vi prøver så godt vi kan, da.

Tid og økonomi var to ressurser som ble beskrevet som viktige for mulighetene til å bruke arbeidstid på å holde seg faglige oppdaterte. En helsesekretær som var mye involvert i vaksinering på sin arbeidsplass, fortalte også om bruk av egen fritid for å holde seg oppdatert på vaksinasjon og nye vaksiner. Hun beskrev videre dilemmaet de som helsepersonell havner i når mulighetene for å bruke arbeidstid på å holde seg faglig oppdaterte er få:

Det er jo ofte det [kurs] som blir kuttet først ned på i det offentlige. For det er så lett å bare kutte ut kursingen. Og så lener de [kommunen] seg litt på helsepersonelloven – at en selv har plikt til å holde seg oppdatert, ikke sant. Men det er ikke så lett hvis vi ikke får satt av tid til det. En ting er penger, en annen ting er tid, liksom. Kurs som går på dagtid, da må du ha fri fra jobb.

Samtidig var det andre vi snakket med hvor vaksinekunnskaper og oppfriskning av disse ikke var en utfordring. Ved apotekene var organiseringen av informasjon ofte i regi av apotekkjeden, slik at nyheter om vaksiner og vaksinerelatert informasjon ble sendt direkte fra kjeden og ut til apotekets ansatte. Her beskrev de også at de på jevnlig basis hadde kursmuligheter for å friske opp kunnskapene sine:

Vi har oppfriskningskurs hvert år. Elektroniske kurs som vi tar. Og før influensasessongen så tar vi et møte om hvordan vi skal legge opp timer og organisering.

Oppfriskningen av vaksinekunnskaper blant helsepersonell er altså variert, og ser for helsepersonell flest ikke ut til å være spesielt prioritert i travle hverdager. Noen skiller seg ut ved å ha blitt tillagt vaksineinformasjon som del av sin rolle. Apotekene virker som de har en plan for hvordan de skal holde sine ansatte oppdatert. Andre oppdaterer seg på fritiden eller i ledige stunder på jobb. Å holde seg faglig oppdatert på vaksinefeltet fremstår for mange som alt annet enn lett.

I tillegg til at mulighetene for å friske opp vaksinekunnskaper varierer, har helsepersonell også ulike holdninger til egne vaksinasjonsvalg. De aller fleste vi har intervjuet får tilbud om influensavaksine av sin arbeidsgiver. De fleste arbeidsgivere dekker kostnaden og de får ta vaksinen i arbeidstiden. Et lite utvalg får også kikkhostevaksine dekket av arbeidsgiver. Dette er primært blant dem som arbeider ved helsestasjoner der det er mye besøk av barn. Det er delt blant helsepersonellet vi har snakket med om de faktisk benytter seg av vaksinasjonstilbudet på arbeidsplassen. Flertallet sa at de benytter seg av tilbud om influensavaksine, men det var også enkelte som fortalte at de takket nei. For noen av disse syntes det som om dette var en vurdering de gjorde basert på nytten av vaksinen for seg selv og sitt immunforsvar fremfor en risikovurdering de gjorde basert på å være uvaksinert ovenfor pasienter. Et par av de vi snakket med var generelt avvisende til vaksiner, og en jordmor – som ikke ønsket å utdype hvorfor i intervjuet – beskrev sine vaksinasjonsvalg slik: «Nei, jeg er ikke den som tar mest vaksiner». Hen var samtidig tydelig på skillet mellom eget vaksinasjonsvalg og jobbrollen: «Jeg gjør min jobb. Jeg formidler Helsedirektoratet sine anbefalinger. Men privat velger jeg å være privat».

Når det gjelder koronavaksinen, var ikke dette en vaksine de fikk tilbud om av arbeidsgiver. Her var det flere som var usikre på om dette var en vaksine de selv trengte og hva nytteverdien av vaksinen var på nåværende tidspunkt. En av lederne vi snakket med beskrev sine avveininger på denne måten:

Egentlig er det, tenker jeg det fordi, den er ikke så kraftig nå, blir ikke så syk og at de som er beskyttet har, de fleste har jo to og tre og fire og fem doser. Ja, også er det

hvordan syk du blir av den. Jeg har jo selv tre doser av den. Og det er uten å være i noen risikogruppe på noen måte, men fordi jeg er helsepersonell. Men kanskje en usikkerhet at man ikke heller vet hva nytten [er], nytten opp mot risikoen, rett og slett.

Sitatet viser hvordan vedkommende veier for og mot: De som blir syke med korona blir ikke så syke nå, og i tillegg har vedkommende allerede flere doser i kroppen. Hva er nytten av å ta en vaksine til opp mot risikoen? Argumentasjonen bærer i retning av at vedkommende ikke hadde ønsket å ta vaksinen dersom hen fikk den tilbudt.

Når de blir spurt om de tror kollegaene tar vaksiner, er synet delt. Kommunelegene som har en viss oversikt over ansattvaksinering var klar over at ikke alle ansatte benytter seg av tilbudet om influensavaksinering på arbeidsplassen. For å få ansatte til å benytte seg av vaksinetilbudet, prøvde en av kommunelegene å sørge for en organisering av tilbudet som gjorde det enklest mulig for de ansatte, uten at dette nødvendigvis førte til en større aksept:

Et av tiltakene er i hvert fall at man møter dem der de er. Det er absolutt det. Og så vet vi jo at vaksinasjonsdekningen på helsepersonell i kommunen er relativt lav. Målet var vel 75 prosent, og jeg tror at det ligger på rundt 30. Så det [vaksinering av ansatte] er absolutt noe man må jobbe litt aktivt for (leder ved vaksinekontor).

Flere av informantene med lederansvar sa at det kunne være utfordrende for arbeidsgivere å tilby vaksinasjon til ansatte som takket nei, spesielt når det gjaldt ansatte som hadde nærkontakt med pasienter. En av kommuneoverlegene beskrev sine tanker rundt dette slik:

Også har du egentlig ikke krav på å blande deg så mye som arbeidsgiver heller, det er jo litt skuffende synes jeg ofte, da. At det er folk som har en eller annen holdning som bunner i en eller annen litt sånn vag erfaring. Og så jobber du med sårbare grupper og drar hjem på sykebesøk og alt sånt, og så har du ikke vaksinert deg. Det synes jeg ikke er noe bra.

Ansatte i hjemmetjenesten ble av noen trukket frem som et eksempel på at få benyttet seg av tilbud om vaksinering. I en kommune beskrev for eksempel helsesykepleieren at mange kolleger i helsetjenesten benyttet seg av tilbudet om influensavaksine, men at det var forskjeller innad i de ulike tjenestene:

Vi opplever jo at hjemmetjenesten – vi skulle gjerne vaksinert flere i hjemmetjenesten. Av erfaring, flere år på rad. De trekker seg unna. «Nei, jeg vil ikke», ikke sant? Selv om vi på en måte oppfordrer dem, både i forhold til brukerne de er ute hos, og for seg selv, begge deler.

Når de ble spurt om hva de trodde dette skyldtes, trakk flere frem at også ansatte innen helsesektoren kan være skeptiske. Og at i noen tilfeller kan det henge sammen med manglende kunnskap, slik en av kommunelegene nevnte:

Vi har isolert sett en utfordring med, når vi snakker om sesongvaksine og den biten, en utfordring med å få dekning blant helsepersonell. Det har vært mye uvitenskap og skepsis blant helsefagarbeidere, ufaglærte og til dels sykepleiere også i institusjon, på sykehjem. Så vi strever hvert år med å få opp influensavaksinasjonsgraden blant dem, og det så vi også under pandemien.

Denne kommunelegen mente at denne vaksineskepsisen hang sammen med mangel på kunnskap og utdanningsnivå og beskrev at «der er det en utdanningskomponent, jeg tenker at da er det kanskje en kunnskapsmangel». Andre mente det ikke handlet om mangel på informasjon, men mer om vaksineskepsis og kanskje også om tilgjengelighet. Dette var noe flere mente kunne være en viktig årsak til at vaksiner i hjemmetjenestene var lav.

Et mindretall av de vi snakket med beskrev større motstand mot vaksiner blant kollegaer. Noen hadde opplevd det under koronapandemien hvor de beskrev kollegaer som ikke ville ha vaksiner på grunn av tidligere erfaringer med svineinfluensavaksinen fra 2009 og etter hvert koronavaksinen fra AstraZeneca. Det var få som beskrev generell vaksinemotstand blant kollegaer, med et unntak:

Altså, jeg vet jo at jeg har en jordmor som er vaksinemotstander, egentlig. Men jeg tror, det er litt vanskelig for meg å kontrollere hva som kommer ut til de gravide og sånn her. Jeg tror jo at hen er profesjonell og gir de anbefalingene som er. I hvert fall hvis de spør. Og så er jeg litt usikker på hvilke rutiner hen har hvis de ikke spør. Og jeg vet at hen ikke setter vaksinen selv.

Denne lederen er klar over vaksinemotstanden hos en nøkkelansatt – hva vaksiner til en viktig målgruppe angår. Vedkommende velger likevel å tro at hen er profesjonell, fordi hen ikke har gitt noen signaler om det motsatte. Likevel er det – slik vi leser lederen – ikke uforbeholden tillit i ansettelsesforholdet. De fleste informantene våre har fått tilbud om influensavaksine. Dette er både for å unngå sykdom blant ansatte, men også for å ivareta smittevernet i møte med sårbare pasienter. Men det er altså ulike perspektiver på yrkesvaksinering blant helsepersonell, noe som peker i retning av et sammensatt bilde av helsepersonells opptak av vaksiner.

5.3 Antakelser om folks holdninger til vaksiner

Det var enkelte vaksiner helsepersonell fant mer utfordrende å anbefale enn andre. Influensavaksine var i hovedsak en vaksine det var lett å anbefale, bortsett fra at det er en sesongvaksine og at den derfor ikke er aktuell for gravide som er i andre eller tredje trimester utenom influensasesongen. På spørsmål om det er utfordrende å ta avgjørelser om vaksiner av den gravide utenfor sesong, svarte en fastlege:

Det kan være litt [utfordrende]. I hvert fall i sånn gråsoner, eller, hvor man egentlig tenker at nå er det nesten ingen influensa igjen. Men da blir det jo bare å gi informasjon som den gravide bestemmer. De fleste er jo ganske for vaksiner har jeg inntrykk av. Av

de vanlige vaksinene, da. Men man må jo trygge dem på at det ikke er farlig, eller at det eventuelt er veldig sjeldne ting som kan oppstå.

Helsepersonell vi intervjuet mente det ikke var like enkelt å anbefale koronavaksine. Flere beskrev også en generell pandemitretthet og møte med risikogrupper som ikke nødvendigvis så behovet for enda en dose med koronavaksine – noe vi har sett at flere av helsepersonellet selv heller ikke gjorde.

Flere av de intervjuede snakket om å gjengi vaksineanbefalinger uten å dele egne personlige meninger. Dette ble beskrevet som profesjonelt. Den enkelte holdt seg til det de fant på nettsidene til FHI eller Helsedirektoratet, og fortalte hva som sto der. Til tider kunne dette være utfordrende, spesielt med brukere som eksplisitt ønsket å vite hva helsepersonellet *selv* mente at vedkommende burde gjøre. En av farmasøytene vi snakket med beskrev at dette var noe de jevnlig møtte på og derfor også hadde snakket om internt på apoteket for å finne en retningslinje for hvordan de svarer:

Det er litt spørsmål om Covid. Om folk [som spør] «skal jeg ta den? Synes du jeg skal ta den?» Den er litt vanskelig, ikke sant. For vi kan ikke si ja eller nei, at vi synes det. Vi må forholde oss til retningslinjen som er laget. Er du i risikograppa, så er det anbefalt. Og det har vi snakket litt om internt, hva vi gjør med alle de som kommer [og spør]. «Nei, jeg kan ikke synes, men det sies at alle over 65 bør ta en oppfriskningsdose mot Covid i høst. Og så må du bestemme om du har lyst eller ikke».

Bare enkelte av de som jobbet som helsepersonell beskrev på samme måte at de aktivt hadde øvd på eller utviklet retningslinjer for hvordan de skal svare i slike direkte samtaler med brukere. Da ble det opp til den enkelte å finne ut av hvordan dette burde håndteres.

Noen syntes også det var vanskelig å diskutere med de som var skeptiske til vaksiner. En helsesekretær forklarte at man må ha ganske god forståelse av vaksiner og systemene rundt dette for å overbevise de som har lest mange Facebook-innlegg og mener at de vet bedre enn helsemyndighetene. Hun syntes det kunne være utfordrende å ta slike samtaler, men opplevde at de fleste var lydhøre for hennes forklaringer. En annen informant viste til verdien av å være fastlege siden man ble kjent med pasientene og vet hvordan man skal snakke med de ulike typene. Denne fastlegen tok seg tid til å forklare hensikten med vaksiner for dem som var skeptiske.

Generelt beskrev helsepersonellet vi snakket med befolkningen de jobbet med som vaksinevillige. De mente at det ikke er utbredt eller organisert vaksinemotstand i noen av gruppene de forholder seg til. Flere uttrykte at de syntes befolkningen i kommunen var svært positive til de fleste vaksiner, som for eksempel denne lederen:

Jeg synes det er en høy aksept for vaksiner. Det er på en måte en pro-vaksinebefolkning, er mitt inntrykk. Og så er det sikkert masse mørketall på de som vi aldri hører noe fra. Men de vi er i møte med, på en måte, kom jo hit frivillig. Eller har tatt initiativ til det.

Denne lederen understrekte riktignok at det ikke er rart motstand ikke oppdages, siden de først og fremst forholder seg til de som oppsøker dem. Likevel, i den grad helsepersonellet vi har snakket med møter skepsis, er dette sjelden i form av aktiv vaksine-motstand. Det er mer individuelle tilfeller som beskrives å mangle kunnskap, som er skeptiske fordi de selv eller andre de kjenner har opplevd svært merkbare bivirkninger, eller har et ønske om å unngå medisiner på generell basis. Når det gjelder motforestillinger og forbehold mot vaksinasjon, oppsummerte en jordmor det slik:

Jeg synes det er litt forskjellige grunner. At det enten bare er en sånn generell skepsis til vaksiner og man vil ha naturlig immunitet. Eller at man føler at i den sprøyten så er det noe som man skal være redd for. Til at man føler at man gjør egne vurderinger som er riktigere enn de vurderingene som blir gjort av FHI og Helsedirektoratet ut fra den kunnskapen man har.

Enkelte beskrev også at det kunne være utfordrende med pasienter som ikke nødvendigvis ser behovet for alle vaksinene som anbefales. Flere beskrev at mange i alderen 65+ er vant med at influensavaksinen er en årlig vaksine, men at de er mer usikre på koronavaksine: «med koronavaksine så kan de ta opp det at den har de allerede fått mange av». En sykehjemslege beskrev en rangering av vaksiner slik:

Jeg har inntrykk av at de fleste tar de vaksinene som anbefales. Og at i den grad det er noen skepsis til vaksiner, så er det mest for pneumokokker, nest mest for koronavaksiner, og minst for influensa.

Tilsvarende rangering av vaksiners viktighet var et tema i alle våre casekommuner, og den ble – som vi skal se - også referert til blant gravide og de over 65 år. En av sykepleierne beskrev interessen for de ulike vaksinene blant 65+ slik:

Som regel vil jo de aller fleste ha, i alle fall influensavaksine og pneumokokkvaksine. Men Covid er jo litt sånn, ja, litt færre som vil ha Covid, da.

For de gravide var majoriteten av helsepersonellet enige om at kikhostevaksinering er enkelt å håndtere og at aksepten for denne vaksinen er høy blant de gravide: «Alle vil ha kikhoste». Men når det gjelder de to andre vaksinene som er anbefalt gravide, så beskrev en jordmor det slik: «Vi merker jo en litt annen skepsis både til influensavaksine og til Covid». I kommunene vi har vært i, beskrev de som jobber opp mot gravide at de oppfatter en tydelig rangering av viktigheten av de ulike vaksinene som gravide anbefales:

Jeg tror nok kanskje det er færre som tar influensa- og Covid-vaksine. I hvert fall Covid-vaksine, enn kikhostevaksine. At influensavaksine, altså den blir litt sånn sesongbasert også, ikke sant. At hvis du, ja, det spørres litt når på året det er. Og at den Covid-vaksinen, den har jeg ikke sett noen statistikker på, egentlig. Men den tror jeg nok det er ganske mange som ikke tar (Leder ved helsestasjon).

Selv om det fremstår som at helsepersonellet jobber med en befolkning som generelt er åpen for vaksiner, er det altså forskjeller i hvordan folk forholder seg til de ulike vaksinene. Kikhostevaksinen rager høyest i hierarkiet for tiden, mens koronavaksinen fremstår som mindre viktig for mange. Dette kan henge sammen med en viss vaksinetrettighet, men kan også sees i sammenheng med hvordan de ulike vaksinene tilbys: kikhostevaksinen er bakt inn i oppfølgingen av gravide, mens koronavaksinen anbefales i ulik grad avhengig av hvor engasjerte helsepersonell er i å fremme denne.

I tillegg til ulike rangeringer av kjente vaksiner blant befolkningen, opplevde informantene at svært få har kjennskap til at enkelte vaksiner må friskes opp og at det er få som vet om voksenvaksinasjon:

Ja, de vet ikke om det og folk har ikke kjennskap til det. Nei. Det er sånn vi som i helse tenker nesten, kanskje tar for gitt at folk kanskje vet [om oppfriskning av vaksiner], men det gjør de ikke. (Leder ved helsestasjon)

For enkelte har dette ført til at de har laget rutiner for hvordan de skal sjekke vaksinasjonsstatus eller minne pasientene på vaksiner. Ved sykehjemmene var dette enklere, fordi pasientene også var beboere:

Nå er det vaksinasjonssesong straks og da blir alle tilbudt det. Og hvis det kommer korttidspasienter innom som er interessert i det, så kan de få det her heller enn hos fastlegen eller går på apoteket hvis de pleier det. At vi på en måte tilstreber å gi det til alle som er interessert i å få det, da. Vi tilbyr det til alle som er aktuelle for det på huset på det tidspunktet. Når det kommer noen nye, så vil vaksinasjonsstatus være en del av kartleggingen. (Sykehjemslege)

Andre beskrev hvordan de benyttet konsultasjoner til også å sjekke vaksinasjonsstatus for andre vaksiner:

Og det er også noe vi gjør hvis vi har en inne som skal ha for eksempel en flåttvaksine, så sjekker vi og sier at «nå er det 12 år siden du tok oppfriskningsdosen. Vil du ha den?» (Leder ved vaksinekontor)

Til tross for at de fleste som setter vaksiner beskrev folk de møter som positive til å ta vaksiner, ble det beskrevet noen utfordringer i vaksinasjonsarbeidet. Det ble beskrevet som uproblematisk å gjengi de offisielle anbefalingene. Dette gjaldt også blant helsepersonell som selv har en armlengdes avstand til vaksiner. Det blir mer krevende når bruker direkte spør individuelle sykepleiere, leger og jordmødre hva den enkelte synes at vedkommende bør gjøre. Det ansees ikke som profesjonelt å bevege seg inn i slik «privat rådgivning», altså å svare på spørsmål av typen: «Men hva synes *du* at jeg bør gjøre?». Da opplever enkelte at de inviteres til å bevege seg ut av sine profesjonelle roller, og enkelte er usikre på hva de da skal gjøre. Dette er også tilfelle fordi de ikke alltid har øvd og diskutert med andre hvordan dette kan håndteres, slik det fortelles av informanter at de gjør på apoteket.

Det er også forskjell mellom de ulike vaksinene og hvordan helsepersonell anbefaler disse, både i forhold til sesong og hierarkier av vaksiners viktighet. Det de beskrev som folks holdninger til dette, gjenspeiler det helsepersonellet selv ga uttrykk for i intervjuene. Det er tydelig at koronavaksinen oppfattes som minst viktig.

5.4 Ønskede endringer

Vi finner et ønske blant informantene i alle tjenester om et mer organisert vaksinasjonstilbud til den voksne befolkningen – sett bort fra kikhostevaksinering av gravide, som det allerede finnes en rutine for. Dette gjelder både informasjon og anbefalinger (hvordan og av hvem) og selve vaksineringsen (hvem, hvor og pris).

Det er svært ulike vaksinasjonspraksiser både mellom og innad i kommuner, og mangelen på en helhetlig strategi i kommunene framgår tydelig både i kapittel 4 og i beskrivelsene til våre informanter. Flere vi har snakket med mener at et system for voksenvaksinasjon vil gjøre det lettere å holde oversikt over vaksineinformasjon og tilbud til befolkningen, og en jordmor forventet at dette ville bli innført: «Jeg går og lurer på når det kommer for voksne, jeg! Voksenvaksinasjonsprogrammet». Grunnen til at flere ønsket et slikt program, var at det med dagens system ikke er noen tvil om at kommunene har ansvaret for vaksineringsen – også av voksne. Men det finnes ikke – med unntak av kikhostevaksinen – en nærmere angivelse av hvordan dette skal foregå som sikrer like praksiser og som gir de som skal gjennomføre dette klarhet i hvordan det skal følges opp. En av helsestasjonslederne vi snakket med beskrev det slik:

Hvis du tenker på voksenpopulasjonen, hvis du skal holde deg vaksinert og vedlikeholde det, så tror jeg det er veldig mange som glemmer det. De har ikke innsikt i hva som egentlig skal til. Så det er liksom [behov] på systemnivå for bedre informasjon ut.

Andre mente at en nasjonal organisering av voksenvaksinasjon ville gjøre enkelte vaksiner mer kjente for befolkningen. En av sykehjemslegene vi snakket med var tydelig på at pneumokokkvaksine er en vaksine som er lite kjent for mange av de over 65, og hen trodde at dette var en vaksine som ville vært mer kjent dersom man fikk den inn i en ramme hvor man ga mer informasjon til alle som er i målgruppen for vaksinen, for eksempel som del av et organisert voksenvaksinasjonsprogram.

En tydelig tendens i ønsket om en nasjonal organisering av voksenvaksinasjon, var behovet for påminnelser. Når helsepersonell ble spurt om det er noe som kan gjøres for å bedre rammene for vaksinasjonsarbeidet deres, så ble dette nevnt av de fleste:

De får ikke noe påminnelse om det [vaksinering]. De fanger det opp selv. Og hva sa hun ene som var her i dag? Hun sa hun hadde hørt på radioen at man burde fylle på. Og særlig for kikhoste, fordi det var det utbrudd av i deler av landet. Så derfor kom hun og gjorde det. (Leder ved helsestasjon)

Flere nevnte både dette behovet for påminnelser om vaksiner som er anbefalt, men også påminnelser for vaksiner som må fylles på. Enkelte hadde innspill til hvordan de mente dette kunne gjøres:

Det som hadde hjulpet veldig, er at inne på Helsenorger, så kan jo folk se vaksinene sine, og det er fint. Problemet er at det burde stått dato for neste vaksinasjon der. Og gjerne kanskje til og med en sms-påminnelse til folk hvis de har huket av på at de vil ha sånne påminnelser. For folk er helt i villrede på når de skal ta neste dose. (Helsesekretær)

Helsepersonellet erfarer at den voksne befolkningen ikke nødvendigvis er klar over hvilke vaksiner som anbefales dem, og det er krevende for kommunene å ha oversikt over befolkningen og hvem som faktisk bør tilbys ulike vaksiner. De gravide følges i hovedsak opp av jordmortjenesten ved helsestasjon eller egen fastlege, men målgruppen av 65 år og eldre er det få kommuner som sier at de har full oversikt over. Unntaket er sykehjemsbeboere, hvor helsepersonellet beskrev rutiner for hvordan de holder oversikt over hvilke vaksiner som bør tilbys den enkelte.

I tillegg til implementering av et voksevakinasjonsprogram, ble det fremmet tanker om forbedringer med tanke på tilgjengelighet. En bydelsoverlege i Oslo erfarte at det mest ideelle er å kunne ta vaksinen på et sted de allerede er i nærheten av: «Jeg tenker absolutt at tilgjengelighet og tilrettelegging for at du bare kan komme mens du går forbi omtrent, at du ikke må gjøre noe ekstra for å få den». På denne måten fremstår muligens drop-in-vaksinasjonstilbud gjennom apotek som det enkleste for de på 65+ som ikke har en helsestasjon på samme måte som de gravide. Flere av kommunene hadde eller hadde hatt samarbeid med apotek om vaksinerings tidligere, og en beskrev at apotekene på denne måten har en offisiell rolle i kommunens vaksinasjonsarbeid: «De har jo fått en forlengende arm fra kommunen». Mens en kommune eksempelvis hadde hatt et tidligere samarbeid med et lokalt apotek om koronavaksinerings, var det andre som samarbeidet med apotekene på grunn av mangel på ressurser til vaksineringsarbeidet, særlig midt på sommeren. Selv om apotekene allerede er involvert i vaksineringsarbeid noen steder, ble det fremstilt som en mulighet å utvide apotekenes rolle. Samtidig ble pris fremhevet som en viktig faktor for vaksinenøling.

Ønske om endring i kostnader assosiert med vaksinerings var et tema som gikk igjen i alle kommunene vi gjorde intervjuer i. Det er en tydelig tendens at pris oppgis som en barriere i vaksinasjonsvalg i den voksne befolkningen. Flere beskrev at befolkningen i kommunen har ulike forutsetninger for å kunne betale for anbefalte vaksiner. For noen beskrives ikke pris som en utfordring, men for de som har minst, beskrives selv en liten kostnad å være for stor og føre til at man ikke tar vaksiner man kanskje både ønsker og bør ta:

Da kan plutselig 50 kr være en årsak til at du ikke tar den, og om det er fordi du ikke har de pengene eller fordi det blir et sånt prinsipp, at du ikke har lyst til å bruke penger på det. Vi har jo en sånn oppfatning i Norge at all helsehjelp er gratis, men det er jo ikke det, alt er ikke helt gratis. (Kommunalsjef)

Samtidig var det også enkelte som sa at vaksiner generelt gjerne kan ha en symbolsk kostnad, men at det per dags dato er utfordrende når noen vaksiner er gratis, mens andre koster penger, slik som denne fastlegen beskrev:

Jeg synes egentlig at det er fint at det er en egenbetaling på det, men den bør ikke være for høy og så må det være et fast beløp. Det hadde vært mye ryddigere. Så kan det gjerne være subsidiert. Men det at folk tar litt ansvar for sine vaksiner, det synes jeg er helt greit. Så derfor er det litt utfordrende nå, da, når koronavaksinen er helt gratis, influensavaksinen skal du betale for, og legene skal få honorar for å sette koronavaksinen fra kommunen. Mens er det koronavaksine til en som ikke er risiko-person, så kan du ta en egenandel. Så det er jo vilt kaos. Så jeg tenker jo at det å gjøre vaksineringen strømlinjeformet når det gjelder betaling, det tror jeg kanskje er det aller viktigste.

Dette ønsket om en fast pris ble også nevnt av andre, både for å redusere forskjellene mellom ulike vaksinetilbydere i samme kommune og for at vaksinasjonstilbudet skal være mer forutsigbart for brukerne:

Det er veldig lett å si at alle er pengesterke her. Men det er det ikke. Så det er en stor andel som faktisk ikke har så god økonomi. Og da tenker jo jeg at man burde ha en fast pris. Jeg synes det er tull at man ikke har en fast pris de skal betale. Det er mye enklere å forholde seg til. Litt sånn som å gå til tannlegen. Jeg synes at det litt uavhengig av hva du tjener, så synes jeg det skulle koste det samme. (Bydelsoverlege)

Når en anbefalt vaksine utgjør en økonomisk kostnad for målgruppen, fører dette til at brukerne selv må ta en risikovurdering på om de skal betale, slik denne bydelsoverlegen illustrerte: «Jeg tror man vil få høyere dekning når ting er gratis. Er det verdt for meg [å betale] 400 kr for å slippe korona, eller? Det er ikke så lett for alle, tror jeg». Noen mente at det ville være mer effektivt å ha gratis vaksiner, mens andre pekte på at en liten egenandel ville være vel så effektivt. På tross av variasjonen i synet på pris, så er det bred enighet om at pris er en barriere og at vaksinasjonsdekningen påvirkes av dette.

5.5 Oppsummering

Helsepersonell som er involvert i vaksinerings har ulike roller, og det er et fåtall som kun jobber med vaksinerings. De har variert utdanningsbakgrunn og kunnskap, og de møter en rekke ulike personer i sitt arbeid. De fleste er positive til å ta vaksiner, men et fåtall kan beskrives som vaksineskeptikere. I møtene med befolkningen opplever helsepersonell at de fleste er villige til å ta vaksiner, men det beskrives usikkerhet i møte med spørsmål om hva de, personlig, synes den enkelte burde gjøre. Det beskrives store forskjeller i hvordan vaksinerings er organisert. Det understrekes også at det er svært mange som ikke vet hvilke vaksiner de bør ta og at det derfor bør opprettes et system for å sende påminnelser og følge opp vaksineanbefalinger. Samtidig er det en tendens at pris oppgis som viktig når folk skal beslutte om de vil ta en vaksine.

6 Gravide / de som nylig har født: holdninger og praksiser

Dette kapitlet bygger på intervjuene med gravide og kvinner som nylig hadde født. Vi tar først for oss hva slags informasjon og anbefalinger de har fått om vaksinasjon i svangerskapet. Så beskriver vi hvilken grad av tillit de har til anbefalingene og helsepersonellet som følger dem opp, før vi tar for oss tilgjengelighet av vaksiner, inkludert lokasjon, transport og pris. Deretter ser vi på hvordan de gravide forholder seg til anbefalingene de mottar, og hva de gjør med informasjonen når det gjelder faktisk å ta vaksiner. Kapitlet avsluttes med en diskusjon knyttet til hvilke endringer de gravide ønsker i vaksinetilbudet.

Vi intervjuet til sammen ni kvinner; fire av disse deltok i en fokusgruppe, og de resterende fem er det gjennomført individuelle intervjuer med. Vi startet intervjuene med å be de som deltok fylle ut et skjema der vi spurte om enkle bakgrunnsopplysninger. Kvinnene var i snitt litt over 30 år, og alle var født og oppvokst i Norge. Nær samtlige var i fulltidsarbeid. Om lag halvparten av kvinnene hadde høyere utdanning, mens den andre halvparten hadde videregående skole som høyeste fullførte utdanning.

6.1 Mottatt informasjon

Kvinnene som var gravide eller nylig hadde født hadde ulike perspektiver på anbefalinger av vaksiner. Selv om gravide får tett oppfølging i svangerskapet, fremstår det som det er en del variasjon i hva slags vaksiner informantene er blitt anbefalt å ta. I intervjuene kom det frem at det var en del uklarhet blant deltakerne både i forhold til informasjon og vaksiner i svangerskapet. Det var flere som opplevde å ha fått lite informasjon om dette temaet. I fokusgruppeintervjuet som ble gjort i en kommune nord i landet, var det enighet blant kvinnene som alle nylig hadde født, at det hadde vært lite informasjon om vaksiner gjennom graviditeten. Noen hadde lest selv på nettet, og var kjent med anbefalingen om å ta influensavaksinen. Det var likevel bare én i gruppen som hadde tatt denne i løpet av svangerskapet. I andre casekommuner var det noen som hadde fått mer informasjon og var klar over at det var tre vaksiner som er anbefalte for gravide. Vi ble fortalt at noen fikk informasjon fra helsepersonell, men det kom frem at det ikke bestandig var fullstendig informasjon som hadde blitt formidlet. En kvinne var klar over at influensa- og kikhostevaksinene var anbefalt, men ikke koronavaksinen:

Jeg visste ikke at korona var anbefalt. Den tok jeg ikke. Jeg har ikke blitt anbefalt om å ta den. Min lege sa ingenting om korona. Kanskje fordi at jeg ikke er i en risikogruppe.

Andre igjen opplevde at det var uklart hvem som skulle informere dem om vaksinasjoner. I et intervju med en kvinne fortalte hun om hennes opplevelser rundt vaksiner som gravid:

Kvinne: Altså, kikhoste vet jeg anbefales. Jeg tok den i uke 24. Også korona- og influensavaksine, men det er sånne ting jeg har lest selv. Og så har jeg snakket litt med

jordmora. Men som hun har sagt, jeg må ta med andre. Så det har jeg tatt med fastlege.

Intervjuer: Du er da nødt til å oppsøke flere steder for å få alle disse vaksinene. Har du noen tanker rundt det?

Kvinne: Ja. Jeg synes egentlig det er litt rotete. I hvert fall som gravid, sånn som nå, da, så sa jordmor at hvis – jeg spurte om det med vaksinen – og da sa hun at da burde du spørre fastlegen din. Og så spurte jeg fastlegen, og så hun var litt sånn, «åja, ja». Hun skulle sjekke. Så sjekket hun at koronavaksinene er kommet. Og da sa hun at det kan du bestille på nett. Og så sa hun, influensavaksine, den har vi ikke inne før senere, tror jeg. Den tror jeg jeg kan ta hos fastlegen. Men korona ikke. Og det var litt sånn her, så nå skal jeg opp til [vaksinesenter] på torsdag og ta det. Så det er litt sånn forvirrende bare, hvor man egentlig skal gå.

Selv for de som visste godt hva som var anbefalt – slik denne kvinnen gjorde – var det at man måtte ta vaksiner på ulike steder en faktor som kunne bidra til at man ikke fikk tatt alle, som en annen kvinne fortalte:

Vel, jeg tok jo både kikhoste og influensa, men de tok jeg hver for seg, fordi kikhoste fikk jeg på helsestasjonen. Så fikk jeg influensa på jobben. Men den koronavaksinen, for å være ærlig, det er blitt litt sånn, hva skal jeg si, en sånn vanlig greie. Ja, altså den er jo der, altså man glemmer, men korona er jo der.

Det fremsto som at det var ulike prioriteringer av vaksiner som gjorde at koronavaksinen ble nedprioritert både av helsepersonell som informerte om vaksiner, men også blant gravide som ikke tillot denne viktigheten i etterkant av pandemien.

Et resultat av ufullstendig eller uklar informasjon var at de gravide som var opptatt av å ta vaksiner oppsøkte informasjon på eget initiativ. Noen spurte derfor helsepersonell for å få informasjon, som en av deltakerne i et intervju sa:

Jeg var i uke 24 da jeg gikk til ultralyd og sånn. Så da spurte jeg om det med kikhoste. Det var fordi jeg så det en plass skriftlig at gravide blir oppfordret til å ta det. Det var litt nytt, det var vel etter 1. mai eller noe sånn. Men jeg rakk liksom ikke selv å få noe råd. Jeg antar vel at de ville spurt meg. Vet ikke.

En annen kvinne hadde fått en mer direkte anbefaling fra en jordmor på en kontroll, men i hennes tilfelle var det kun kikhostevaksinen som hadde blitt anbefalt. Influensa- og koronavaksine hadde ikke blitt nevnt for henne, og hun hadde dermed heller ikke tatt disse vaksinene.

Det var også tilfeller av uklarheter i forhold til hvem som skulle sette vaksiner. Selv om det ikke bidro til at denne kvinnen ikke tok vaksiner, peker det på uavklarte roller:

Den kikhoste ble nevnt første konsultasjonen jeg hadde på helsestasjonen. Det gjorde den. Da var det litt problematikk om jeg kunne få den på helsestasjonen eller om jeg måtte sette den hos legen. Og så ble det store spørsmålet om hvem som leverte vaksinen, siden den skulle jo være gratis. Så da ble det sånn, er det da legen eller er det helsestasjonen, så det måtte de finne ut av. Men da jeg kom til andre kontrollen på helsestasjonen, så var det de som skulle gjøre det. Så da ordnet det seg sånn. Så det ble ikke så plunder for meg, det ble bare litt sånn kommunikasjon dem imellom.

I dette tilfellet kan det være at innføringen av kikhostevaksinen til gravide akkurat hadde begynt og at denne kvinnen var blant de første på denne helsestasjonen som skulle ta denne vaksinen.

Samtidig som flere erfarte uklare anbefalinger, var det også noen som syntes informasjon om vaksiner var lett tilgjengelig. En kvinne vi intervjuet hadde lest om vaksinene på helsestasjonen:

Jeg synes det er overraskende positivt at de har hengt opp informasjon om forskjellige vaksiner på helsestasjonen. Så har de opplyst priser og diverse der. Det er veldig synlig, bare man ser etter, egentlig.

Det fremstår som at anbefalingene om vaksiner til gravide ikke er så uniforme som de kunne være. Det er en del variasjon som gjør at det er mange som ikke får tydelige beskjeder om hva slags vaksiner de bør ta, og det er heller ikke organisert på en måte som gjør det veldig enkelt å ta disse vaksinene på én gang.

Kvinnene hadde ulike måter for å oppsøke informasjon. Noen fulgte nyhetene om vaksinesaker, mens andre ikke stolte på ordinære nyhetskanaler som NRK. Flere av kvinnene vi snakket med søkte heller informasjon på nettet, og fortrinnsvis fra det de beskrev som sikre kilder, som Helsedirektoratet og FHI.

6.2 Tilgjengelighet

For de som er positive til vaksiner og tenker at det er viktig å ta dem, er tilgjengelighet ikke nødvendigvis en faktor. En kvinne som mente at «health is wealth», sa at transport, tilgjengelighet og tid ikke var av stor betydning for henne, ettersom hun tok vaksiner uavhengig av slike utfordringer.

For andre spilte sted og tidspunkt en større rolle. En kvinne i Oslo syntes det hadde vært litt vanskelig å ta koronavaksinen, siden den lenge kun ble tilbudt på et felles vaksinesenter. Det var langt unna der hun bodde, men at det hadde vært mange tidspunkter å velge mellom, hadde tross alt gjort det enklere for henne å ta vaksinen. Den samme kvinnen ga også eksempel på at hun ikke hadde tatt rabiesvaksine til tross for at hun hadde bodd flere år i land hvor det er rabies. Grunnen var at denne skulle tas i flere doser med visse intervaller, og dette hadde gjort det vanskelig for henne. Dette peker på at tilgjengelighet, både med tanke på lokasjon og hvor mye tid det krever å komme seg til vaksinstedet, vil være av betydning for valgene om å ta vaksiner. En annen kvinne syntes ikke det handlet om tilgjengelighet. Hun bodde også i Oslo, og i en del av byen

hvor det er tilstrekkelig med kollektivtransport. For henne handlet det mer om vilje til å ta vaksiner enn tilgjengelighet, i hvert fall på et sted som Oslo.

Flere mente at influensavaksinen var mest relevant for eldre. Det var derfor ikke så mange av de gravide som hadde tatt den. Samtidig var det noen av dem vi intervjuet som fikk influensavaksine på jobben. Denne tilgjengeligheten, og at den var gratis, bidro til å gjøre det enkelt å ta vaksinen. En kvinne som jobbet med pasienter, fortalte at det var en enkel sak å ta vaksinen på jobb:

Så når man liksom finner litt space, så er det en eller to som, ja, tilbyr seg å stå der og vaksinere folk, så bare kommer de og bare «dut, dut». For vi er jo på jobb, ikke sant? Så vi kan observere hverandre, den tiden, kan du si.

Dette tilfellet viser at selv om det var mange i denne gruppen som ikke tenkte at den var spesielt viktige for dem, så tok de den hvis den ble tilbudt gratis på jobb. Dette var særlig de som jobbet med pasienter eller andre sårbare grupper, men synliggjør en tendens til at tilgjengelighet og pris kan være viktige faktorer. I disse tilfellene handler det imidlertid både om ekstrem tilgjengelighet (vaksinering der du jobber) og om pris (vaksinen er gratis!).

6.3 Pris

Prisen på vaksiner fremsto i intervjuene ikke som en stor utfordring for de gravide informantene. Så lenge de tenkte at vaksinene var viktige for seg selv og fosteret, var flere villige til å betale en relativt høy pris for dette. Som en kvinne sa: «Det får koste hva det koster!» Hun mente at om så en vaksine kostet 500 eller 5000 kroner, ville hun tatt den for å unngå at hennes nyfødte baby ble syk. En annen kvinne sa at pris var viktig, men at hun likevel ville tatt en vaksine selv om den var dyr og kostet for eksempel 1500 kroner.

Det var også enkelte som ikke ville betale for vaksiner. En av de vi snakket med var veldig skeptisk til vaksiner og hadde ingen kunnskap om priser på vaksiner. Hun sa også veldig tydelig at «Jeg hadde aldri betalt en krone for en vaksine». Det var likevel mer vanlig blant deltakerne å synes at det var dyrt med enkelte vaksiner, som HPV-vaksinen. Her trengs også flere doser. Flere av kvinnene i fokusgruppeintervjuet (der denne vaksinen ble brakt inn i diskusjonen av en av deltakerne) var enige om at denne var dyr, og en sa: «Jeg hadde nok sikkert ikke brukt penger på det, men jeg har den jo. Men jeg hadde nok ikke brukt penger på det hvis jeg ikke hadde hatt den». En annen deltaker påpekte at med dagens økonomiske situasjon blir det fort dyrt hvis en hel familie skal ta vaksiner, for eksempel i forbindelse med reiser.

Samtidig var ikke pris avgjørende for informantene som var gravide eller de som nylig hadde født når det gjaldt influensavaksinen. I fokusgruppeintervjuet var det flere som aldri hadde tatt influensavaksinen og som sa at det ikke var noe vits å ta den, og at de heller ikke ville tatt den om den var gratis. Avveiningen var først og fremst at de ikke trengte dette, siden de fortsatt var nokså unge. Andre tenkte annerledes om dette, som hun som nå hadde tatt influensavaksinen på helsestasjonen for første gang. Tidligere hadde hun fått den gjennom arbeidsplassen, men nå hadde hun betalt for vaksinen.

Pris ser altså ut til å ha ulik betydning for informantene. Det er ingen automatisk sammenheng med lav pris og vilje til å la seg vaksinere. For dem som ønsker å ta vaksiner ser de ut til å være villige til å betale, mens for andre som er mer tvilende eller ikke så opptatt av dette, er pris et hinder eller faktor som kan påvirke avgjørelser om å ta vaksiner.

6.4 Følger de anbefalingene?

For de informantene som har fått anbefalinger fra helsepersonell om vaksinering, er det noe variasjon i hvordan de forholder seg til dette. Én er det man kan kalle vaksine-motstander og tar ikke vaksiner til tross for anbefalinger. Denne kvinnen begrunnet sitt valg om å ikke ta vaksiner med at hun ikke stolte på informasjonen hun fikk fra helsearbeidere og heller ikke fra myndighetene. Hun var generelt skeptisk til vaksiner og mente det var høy risiko ved å vaksineres, og særlig i svangerskapet, ettersom vaksinen kunne skade fosteret. Hun mente det er mye penger involvert i vaksinering og at det derfor ikke bestandig var folks beste som var i fokus. Selv om det var noe vaksineskepsis blant flere av dem vi snakket med i denne studien, hadde de fleste deltakerne et mer balansert syn på vaksiner.

De fleste kvinnene hadde tillit både til lokalt ansatte helsearbeidere og til helsemyndighetene på nasjonalt nivå. På spørsmål til fokusgruppen om de stolte på helsesykepleieren ved helsestasjonen, svarte en: «Ja, jeg har ikke hatt grunn til noe annet!»

En kvinne fortalte hvorfor hun stolte på helsesykepleier:

For eksempel, når det var på tide med første vaksine med babyen, for jeg er jo litt bekymra for vaksiner og med min første så ble det etterskuddsvis, for jeg ville at [hen] skulle bli litt mer robust før [hen] fikk vaksinene sine. Så vi fulgte vaksinene, men bare at [hen] ble litt eldre, så vi begynte litt senere. Så vi snakket med [helsesykepleier] om det, og vi hadde en samtale om det og fant ut hva vi skulle gjøre. Ja, så [hen] er veldig flink. Veldig grei å snakke med. Så det var liksom, når jeg var bekymra for ditt og datt, så hadde vi en ekstra avtale hvor vi gikk igjennom ulemper og hva vi kunne gjøre og veien videre på en måte. Så det var veldig, veldig fint. Så nå har [hen] fått den vaksinen, men det var liksom ikke på sykehuset. Det syntes jeg ikke ble så greit. Så [helsesykepleier] er veldig, veldig flink. Og betryggende.

Denne kvinnen beskrev møter med en helsesykepleier som hadde møtt henne i bekymringene hun hadde. Sammen hadde de to, helsesykepleier og nybakt mamma, lagt en plan for hvordan vaksinering av barnet skulle foretas og når.

Dette med å stole på helsearbeidere som man hadde gode relasjoner til gikk igjen i flere av intervjuene med de gravide. For kvinnene som hadde gode relasjoner til helsearbeidere, fremstår det som enklere å følge anbefalinger. En kvinne vi intervjuet forklarte at hun var mer komfortabel med å ta vaksiner hos helsepersonell som hun hadde en relasjon til, som fastlegen og de ansatte ved helsestasjoner.

Det kom også frem at det ikke å ha opplevd sterke bivirkninger med tidligere vaksiner hos seg selv eller andre bidro til at noen tok anbefalte vaksiner. En kvinne sa om kikhostevaksinen: «Jeg var veldig ivrig på å få den vaksinen når jeg fikk med meg at den kom til å bli tilbudt til gravide». Denne iveren var også basert på egne erfaringer med vaksiner, som en kvinne i fokusgruppeintervjuet fortalte om:

Den lille erfaringen med [hen] (viser til baby som er medbrakt) foreløpig er at [hen] heller ikke reagerer noe særlig. Så da har jeg veldig lite betenkeligheter med det, kontra det å få antistoffer og føre det videre til foster og alt sånt. Det kan jo være at jeg hadde tenkt annerledes hvis jeg hadde blitt kanon dårlig hver gang jeg hadde vaksinert meg. Men jeg har veldig god erfaring med det.

For noen av de andre kvinnene opplevdes det mer utfordrende å ta vaksiner mens de var gravide. Dette fordi de var usikre på hvordan det ville påvirke fosteret. En av kvinnene responderte på et innspill om at det var viktig å ta vaksiner for å ikke smitte andre, ettersom hun var usikker på hva hun skulle prioritere:

Fordi, jeg tenker jo ... Det er jo det der å ikke smitte andre, men så er det også det der hvordan vil det påvirke fosteret? Jeg tenker ikke så veldig mye på om jeg blir syk. Det bryr jeg meg ikke så veldig mye om. Men hvordan vil det påvirke fosteret? Det er det jeg tenker på. Så jeg er usikker på hva jeg hadde gjort. Det var jo mange som måtte ta vanskelig valg med koronavaksinen. Så jeg vet ikke helt. Jeg har en søster som tok koronavaksinen når hun var gravid. Og ungen har fått korona fem ganger etterpå. Og er veldig mye syk og veldig, veldig mye dårlig. Så det er litt vanskelig. Å vite hva jeg hadde gjort. Jeg tror ikke jeg hadde tatt den vaksinen.

En annen ville heller ikke tatt koronavaksinen mens hun var gravid.

Dette med å ha opplevd bivirkninger, eller antakelser om at vaksineringslås til grunn for sykdom, gjorde altså at flere av de vi snakket med nølte med å ta vaksiner. En kvinne som sa at hun var skeptisk til vaksiner i utgangspunktet, hadde blitt enda mer tvilende etter at barnet hennes hadde fått atopisk eksem umiddelbart etter å ha fått vaksine mot rotavirus. Hun sa at hun likevel følte at hun måtte følge anbefalingene fra helsestasjonen og vaksinere barnet fremover.

Andre hadde selv opplevd å bli syk av vaksiner og var dermed redd for å vaksinere seg, ikke bare som gravid, men også når de var alene om ansvaret for barn. En kvinne fortalte at hun hadde blitt veldig syk av koronavaksinen og at hun nølte veldig med å ta den vaksinen igjen:

Jeg har blitt oppfordret til det. Men den er jeg faktisk veldig skeptisk til. Det er jeg fordi jeg ble såpass syk av den som jeg tok sist, egentlig. Og da ble jeg veldig skremt. Og så var jeg alene, da, med sønnen min. Så det var en slik tabu- og skrekkopplevelse for meg. Så jeg er litt engstelig på den, egentlig. Jeg har ikke noe imot den, men det er, siden jeg ble såpass syk som jeg gjorde.

En annen kvinne som ikke selv hadde opplevd bivirkninger var også bekymret for å ta koronavaksinen. Dette fordi vaksinen – slik hun forholdt seg til den – var ny og ble «pushet veldig raskt ut, og det har det kommet så mye i ettertid, da, av vaksinen, som gjør at jeg blir litt sånn skeptisk». I tillegg nevnte hun at man er litt engstelig som gravid, siden man er ekstra hormonell. Dette gjorde henne usikker på om hun skulle ta denne vaksinen i tillegg til de andre: «Så det er vel den som går veldig i tenkeboksen på om jeg skal, skal ikke. Så jeg har ikke helt gjort noen mening om jeg tør igjen nå». Det fremsto gjennomgående som det var større usikkerhet rundt koronavaksinen enn de andre anbefalte vaksinerne.

Det ble nevnt av en annen kvinne at hun var lei av alt som minnet henne om korona og at hun derfor hadde glemt denne vaksinen litt. Hun var ikke skeptisk til influensavaksinen, men hun spurte seg selv om det virkelig var nødvendig å ta den. Samtidig som hun selv ikke fokuserte på å ta alle vaksiner som var anbefalt, var hun ivrig på å vaksinere barnet sitt. Hun forklarte at hun følte seg glad hver gang hen ble vaksinert, for da følte hun seg trygg på at barnet ikke fikk disse sykdommene.

Vi finner noe vaksinenøling blant kvinnene vi intervjuet. Dette henger i noen tilfeller sammen med tidligere erfaringer, andres opplevelser eller informasjonstilgang. Nøling betyr ikke nødvendigvis at de ikke vil ta vaksiner, men at de ikke føler seg sikre på om det er bra for dem og fosteret å ta dem. Et resultat av denne nølingen eller bekymringene rundt vaksinering er at det varierer om og i hvilken grad de gravide følger anbefalinger om vaksiner. I noen tilfeller medfører det at kvinnen ikke tar alle vaksiner som er anbefalt, eller kun de vaksinerne de mener er viktigst. Én kvinne tok ingen vaksiner.

6.5 Ønskede endringer i hvordan vaksiner tilbys

Kvinnene vi snakket med hadde flere tanker om hvordan vaksinetilbudet kunne forbedres. Det ene var at det hadde vært enklere om man kunne ta alle vaksiner på ett sted, og gjerne på helsestasjonen. Dette i motsetning til dagens organisering hvor det ikke var tydelig informasjon til alle om hvilke vaksiner som var anbefalt og med ulike vaksinasjonssteder. Da ville én «adresse» gjøre vaksiner mer tilgjengelige, ifølge deltakerne, og bidra til at flere gravide tok alle vaksiner som ble anbefalt.

Et annet tiltak som ble foreslått, var å få tilsendt påminnelser om når det var på tide med vaksiner. I fokusgruppeintervjuet nevnte en av deltakerne: «Å få en påminnelse om at 'hei, nå er det på tide å ta stivkrampevaksine'. Det hadde vært greit å få. Man trenger jo ikke å gjøre det, men at man vet at 'nå er jeg ikke vaksinert'». Deltakerne mente at det ikke ville være forstyrrende å få slike meldinger, siden det ikke ville skje så ofte, og en av dem foreslo at man burde kunne reserve seg hvis man ikke ønsket å få slike påminnelser. En annen nevnte at hun ikke visste at man måtte ha oppfriskningsvaksiner før inntil nylig:

For eksempel, er noen vaksiner livslange, eller er de ikke det? Noen vet man ikke helt hvor lenge de holder. Men generelt kanskje litt mer opplysning rundt det der med påfyll og vaksine. Fordi det tror jeg veldig mange glemmer. Særlig når de kommer i sånn studentalder. Fordi da er det penger det går på, og så glemmer man. Og det er jo

sikkert ikke like viktig å ta påfyll hvis du har to doser med polio, på en måte. Men jeg tror bare rett og slett folk glemmer det.

En ting var å være klar over at man skulle ta vaksiner, men en annen ting var å prioritere å bruke penger på det. Som en kvinne forklarte:

Jeg tror ikke at folk kommer til å bruke anledningen til å friske opp, hvis det er sånn at de må bruke masse penger på det. Så det er jo noe som kanskje hadde vært lurt å ha mye billigere eller gratis, hvis de da vil at folk skal vaksinere seg og være vaksinert.

Det var flere som nevnte at billigere eller gratis vaksiner ville gjøre det enklere å ta anbefalte vaksiner. Dette ville ifølge en kvinne ikke bare være til fordel for de som skulle ta vaksinene, men kunne også redusert belastningen på helsevesenet.

6.6 Oppsummering

De fleste gravide informantene var opptatt av å ta vaksiner, men det var noen som hadde bekymringer rundt hvordan vaksiner ville påvirke fosteret. Opptaket av vaksiner var avhengig av tydelig informasjon, kommunikasjon og gode relasjoner til helsepersonell som kunne forsikre dem om at sjansene for bivirkninger var begrenset. Ettersom det er et etablert opplegg rundt kikhostevaksinering, virker det som at det var større trygghet og opptak av denne vaksinen enn de andre vaksinene som er anbefalte for gravide. Blant informantene vi intervjuet fremsto det som at lokasjon og tilgjengelighet hadde mer betydning enn pris. Influensa- og koronavaksine må de fleste steder tas andre steder enn på helsestasjonen, noe som gjør at de faller utenfor helsestasjonenes arbeid. Det virker også som at gravide, i likhet med helsepersonell, gjør en gradering av hvor viktig ulike vaksiner er, og at koronavaksinen er lavt prioritert. Selv om noen gravide tar flere av de anbefalte vaksinene, er det muligheter for å forbedre informasjonsflyten og tilgjengeligheten av disse vaksinene for å øke dekkningen.

7 65 år og eldre: holdninger og praksiser

I dette kapitlet presenterer vi funn fra intervjuene med deltakere i alderen 65 år og eldre. Vi ser på hva slags vaksineinformasjon de har fått og hvordan de selv oppsøker informasjon om vaksiner ved behov. Deretter går vi nærmere inn på hvilke anbefalinger de får. Vaksinenøling og usikkerhet blant denne gruppen diskuteres, før vi beskriver hvordan de opplever tilgjengeligheten av vaksiner, inkludert vaksinasjonssted, transport og pris. Deretter ser vi på hva de sier at de faktisk gjør og hvordan de forholder seg til de ulike faktorene som påvirker deres vaksinasjonsvalg. Kapitlet avsluttes med en diskusjon knyttet til hvilke forbedringer de ønsker i tilbudet om vaksiner til sin aldersgruppe.

Snittalderen for de 45 deltakerne i fokusgrupper var 76,7 år. De yngste var i 60-årene og de eldste over 90 år. Respondentene var stort sett født i Norge, med unntak av tre som var født i et annet vesteuropeisk land. Alle respondentene var helt eller delvis pensjonert, men tre av dem hadde fremdeles en deltidsstilling. Ti hadde grunnskole som høyeste utdanning, tretten hadde videregående skole, seksten hadde universitets- eller høyskoleutdanning inntil tre år, og fem hadde universitets- eller høyskoleutdanning over tre år. Én oppga ikke utdanningsnivå. I overkant av ti hadde jobbet i helsesektoren i ulike typer stillinger.

7.1 Informasjon

Det er flere vaksiner som er anbefalt for dem over 65 år. Samtidig viser flere av gruppeintervjuene vi gjennomførte at det er stor usikkerhet rundt hvilke anbefalinger som gjelder for denne aldersgruppen. På et spørsmål om en gruppe visste hvilke vaksiner som er anbefalt for de som er over 65, svarte for eksempel en mann: «Nei. Er det bare den der influensavaksinen?» En kvinne fulgte opp med å si: «Det er influensa, og så var det Covid òg, med de som har bakenforliggende sykdommer. Og denne lungebetennelsen, den har iallfall jeg blitt anbefalt. Som jeg har tatt». I andre gruppeintervjuer ble også vaksinen mot helvetesild nevnt. I en samtale var det en deltaker som fortalte at hun hadde blitt anbefalt å ta vaksine mot dette, mens en mann fortalte at det var første gang han hørte at den var anbefalt, og en annen sa at han ikke visste at det fantes en vaksine mot helvetesild. Det samme gjaldt vaksinen mot lungebetennelse, hvor det var enkelte som hadde tatt den flere ganger, mens andre ikke var klar over at det fantes vaksine mot dette.

Hvordan informasjon om anbefalinger for vaksiner ble distribuert, varierte mellom kommuner. Noen kommuner har, som vi har sett i kapittel 4, massevaksinasjon på utvalgte dager hver høst. På et sted ble det opplyst om dette både på Facebook, i lokalavisen, på kommunens hjemmeside og gjennom meldinger på telefon. Deretter trengte innbyggerne kun å møte opp på vaksinasjonsstedet for å ta vaksiner mot influensa, korona og i noen tilfeller lungebetennelse. I denne kommunen opplevde deltakere i gruppeintervjuet det som enkelt å ta vaksinene, ettersom det var god informasjon om sted og tidspunkt for vaksiner. På et annet sted ble det fortalt at de over 65 år fikk meldinger på SMS fra kommunen. Dette var første gang deltakerne hadde mottatt en slik SMS, og i denne

ble det informert om at FHI anbefaler ulike vaksiner og at fastlegen kan gi vaksine mot korona, influensa og lungebetennelse.¹⁰

I andre kommuner var det mindre tilrettelagt informasjon om vaksiner. I et gruppeintervju kom det frem at i denne kommunen var det ikke organisert utsending av informasjon. Noen fikk påminnelser fra fastlegen, mens andre sa at de ikke mottok dette. Både her og andre steder var det derfor den individuelle fastlegens praksis som påvirket om de over 65 år fikk anbefalinger om vaksiner. En kvinne fortalte om sin fastlege: «Hun er veldig flink. Hun tar initiativ. 'Nei, nå synes jeg du skal ditt og datt.' Enten det er vaksiner eller noe annet». Andre måtte selv ta initiativ ovenfor fastlegen for å få informasjon, som en kvinne som hadde kols og som selv måtte spørre om vaksine mot lungebetennelse. Det var også flere som beskrev at de fulgte med på hva slags vaksiner de trengte, og generelt var opptatt av å følge med på nyhetene både i TV og aviser hvor de syntes det ble gitt mye vaksineinformasjon. Andre viktige kilder til informasjon om vaksiner var på eldresentre, kafeer og andre møtepunkter for eldre, hvor sykdom og vaksiner var blant temaene som ofte ble diskutert.

Det fremsto som at mange hadde god tilgang til informasjon om vaksiner, men samtidig var det noen som ikke fikk anbefalinger. En av deltakerne kjente ikke til at det fantes vaksine mot lungebetennelse, til tross for at vedkommende hadde lungebetennelse mer eller mindre hvert år. En annen var ikke hos legen så ofte, og når han hadde vært der, hadde legen sagt «du er jo så frisk som en fisk!», og ikke gitt noen anbefalinger om vaksinasjon, som igjen hadde ført til at deltakeren ikke hadde tatt vaksiner.

Samtidig kom det frem at det var variasjoner i hvordan man forholder seg til rådene fra helsepersonell. I et gruppeintervju kom det frem at noen stolte mer på fastlegen enn på vaksinasjonskontor. En kvinne snakket spesielt om dette i forhold reisevaksiner, hvor hun syntes de var for ivrige med å selge henne vaksiner:

Hvis du går på et vaksinasjonskontor, så tenker jeg meg om tre ganger før, for de vil jo selge. «Og da må du ta den for magen og drikke vaksine og ...» Så der stopper jeg. Jeg tenker det, du kan ta Cultura, ikke sant? Det er lov å tenke selv òg. Jeg tenker ikke sånn i forhold til fastlegen, for de sier det på en litt annen måte. Men klart det som er bare butikk, klart det er det et vaksinasjonskontor ønsker. Så da leser jeg meg opp på – hva trenger jeg egentlig? Men det er ikke sånn at du blir påtvunget, men de sier «kanskje du skal ta det, eller skal du ta det, eller det?» Så sier jeg hva jeg har lest. Men sånn drikkevaksine, alt det der, det har jeg aldri sagt ja til. Men jeg har aldri opplevd hos min fastlege at jeg har blitt påtvunget. Jeg har alltid fått lov å si hva jeg mener, og hva jeg synes, og blitt anbefalt og begrunnet hvorfor. Så det har aldri vært et sånt dilemma, for å si det sånn.

¹⁰ Det er ingen av de ansvarlige eller helsepersonell i denne kommunen som i intervjuene nevner at dette er gjort. Dette kan skyldes at intervjuer med ansvarlige og brukere er gjort på ulike tidspunkt gjennom høsten 2024, og at vi kan ha snakket med ansvarlige i kommunen før det ble bestemt at en slik SMS skulle sendes ut.

Selv om dette var et uvanlig perspektiv, peker det på hvor ulike oppfatninger folk har av de ulike tilbudene og at avsender kan ha betydning for hvordan et tilbud mottas.

Hvordan finner de selv informasjon?

De over 65 år søkte informasjon om vaksiner fra ulike kilder. Mange spurte legen om råd og følte at de kunne stole på det leger. Noen sa at de ringte til vaksinekontoret og andre spurte på apotek. Leger var likevel den viktigste kilden, men ulike personer forholdt seg ulikt til legene. Noen syntes det var vanskelig å spørre travle leger om vaksiner, som en person forklarte: «Men ofte så er de jo såpass presset på tid, så jeg kvir meg. Altså, men jeg har forsøkt å skrive opp en lapp eller noe sånt jeg skal spørre om. Og da kommer kanskje det med vaksinen nederst. Ikke sant? For jeg har i hvert fall følelse av at jeg skal ikke bry dem». Andre var uenige, og en kvinne sa: «Nei. Det har jeg aldri tenkt. De er der for oss. For all del». Det var altså ulike måter å tilnærme seg helsepersonell for å få råd om vaksiner.

I tillegg brukte flere nettet til å finne informasjon. Noen brukte Folkehelseinstituttets sider, og flere påpekte at det kunne være problematisk informasjon på andre nettsted: «Nettet er jo veldig farlig, har vi hørt, i forhold til forskjellige ting som skrives». En kvinne fortalte at det var under koronapandemien hun hadde begynt å lese vaksineinformasjon på nettet: «Ja, før tror jeg aldri jeg gjorde det, men da leste jeg en del, fulgte med».

Det ble også poengtert at det var mye informasjon i media om vaksiner, og at man ikke trengte å være aktiv for å få informasjon om temaet. Som en person sa: «Du må jo være helt døv og blind hvis du ikke får med deg det». Hen fortsatte med å si: «Annenhver nyhetssending og ... altså, ærlig talt!» for å poengtere at vedkommende syntes det var veldig mye informasjon om vaksiner i media. En kvinne fortalte at hun tilfeldigvis hadde kommet over et innslag i God Morgen Norge om vaksiner, og da tenkte hun: «Ja, kanskje jeg skulle høre på det».

Det fremsto altså ikke som at mangel på informasjon var et stort problem for de over 65 år som vi snakket med, selv om de altså – som vi har sett – i ulike grad var opplyst om hvilke vaksiner de var anbefalt. På spørsmål om de kanskje hadde tatt en vaksine hvis de hadde hatt mer informasjon, var responsen at det ikke ville være avgjørende.

7.2 Tilgjengelighet

Det fremsto som forholdsvis enkelt å få vaksiner for de som ønsket det. Personer over 65 år tok vaksiner ulike steder. Noen tok vaksiner hos fastlege, på apotek, seniorsenter eller steder hvor det foregikk årlige massevaksinasjoner. Noen steder kunne man dukke opp og få de vaksinene man ønsket, mens andre steder måtte man booke time i forveien. Noen av vaksinene kunne de som nevnt ta samtidig, og det var deltakerne generelt positive til, ettersom «det er veldig deilig å være ferdig med det».

I et gruppeintervju ble apotekene nevnt som et viktig sted for å ta vaksiner. En person sa:

Jeg synes jo egentlig at, man kan jo få satt vaksiner på apotekene, og de er jo vesentlig mer tilgjengelige, og ikke så veldig vanskelig å få time til.

Andre responderte med at i noen kommuner er det veldig langt til nærmeste apotek, men også til lege. Flere mente at lang reisevei kunne være en barriere for å ta vaksiner, samtidig som de påpekte at vaksiner var lett tilgjengelige i deres egen kommune. Under koronapandemien hadde dette vært mer utfordrende, ettersom vaksinstedet hadde vært lengre unna. For de som ikke hadde bil, hadde det vært utfordrende å komme seg dit, og en av dem hadde gått seg bort, ettersom det ikke hadde vært skilt på bussholdeplassen.

Selv om de fleste vaksinene var enkle å få tak i, var det noen som var mer krevende å ta. Som en kvinne fortalte: «Og så kommer det jo an på hvilke vaksiner du har, eller hvilke vaksiner du skal ta. For det jeg må gjøre, da, er å få legen til å skrive ut resept på vaksinene. Gå på apoteket og hente dem. Og så gå til legen og få satt dem. Eller på forværelset, da». Det var ingen som nevnte at slike løsninger var spesielt utfordrende, men slik dette ble beskrevet, kan det å måtte oppsøke ulike instanser utgjøre en barriere for enkelte.

7.3 Pris

Pris var et større tema enn tilgjengelighet. Prisene på vaksiner varierte – spesielt influensavaksinene – mellom ulike kommuner, men også mellom ulike tilbydere. Dette ble tydelig i ett av fokusgruppeintervjuene i Oslo hvor vi spurte om prisen på influensavaksinen:

Mann 1: 200 betaler jeg her på huset.

Kvinne 1: Jeg betalte 160, men det synes jeg det er verdt.

Kvinne 2: Litt over 400 på apotekene.

Kvinne 3: Nei, jeg gikk til fastlegen, og da var det 300, og 60 for hele den, og så var det 70 for ekstra for papirarbeid og sånn, da.

Kvinne 4: Ja, for det fikk jeg også tilbud om hos fastlegen, da. Men jeg tok det her.

Mann 2: Jeg betalte 250 hos fastlegen.

Intervjuer: Ja, altså, så det er litt variasjon her?

Mann 1: Tydeligvis.

Det var også ulike praksiser i forhold til hvordan prisen ble satt på legekontor. En deltaker fortalte at hun hadde betalt mellom 600 og 700 kroner for influensavaksinen, sammen med koronavaksinen. Hun sa: «Og da stusset jeg, for jeg tok korona og – begge deler – og så sa jeg 'er det ikke noe av dette som er gratis?', sa jeg. 'Jo, korona er jo det', sa han. 'Men du må jo betale for konsultasjonen også.' Og det synes jeg var litt dumt».

Ettersom vi gjorde intervjuer i ulike kommuner og bydeler, var det forskjeller i hvilken grad deltakerne syntes vaksiner var dyrt. I en kommune var de fleste deltakerne enige om at prisen på influensavaksine var grei og at de hadde økonomi til å betale, men de poengterte at det ikke var sikkert at det gikk bra for alle å betale dette. En deltaker tematiserte dette slik: «Det er en liten terskel, for de som kanskje ikke er så veldig motivert, så kan det være nok til at du dropper det». I et annet gruppeintervju var de fleste enige om at vaksiner var for dyrt, som en sa: «Husk på alle de som ikke har mye, som sitter trangt i det. Så er det stort beløp for mange å betale». En annen fortalte at han og kona hadde betalt 350 kroner hver for influensavaksinen på sitt legesenter:

Vi er to stykker, og 700 kroner, det synes jeg er drøyt. Og jeg synes egentlig at den vaksinen burde vært gratis, for hvis mange får den sykdommen, så koster det samfunnet mye mer penger.

Andre og spesielt enkelte av de eldste deltakerne fremhevet at de kunne bruke penger på dette, ettersom det ikke er «lommer i likskjorta mi». I et gruppeintervju i en kommune med i gjennomsnitt høyt inntektsnivå, var det enighet om at pris ikke var viktig, og en deltaker mente at prisen ikke var høy «i forhold til belastningen vi får med å kanskje få en kraftig influensa». En annen delte et lignende syn på det å betale for vaksiner:

Det er jo en investering på en måte, i helsen. Så er det er jo en avveining om hva du vil bruke pengene dine på. De fleste av oss har jo råd til det.

Samtidig som det altså var flere som framholdt at de hadde råd til vaksiner, var det flere som ble overrasket når de hørte prisen på vaksine mot helvetesild. I gruppeintervjuene var det gjerne en eller to som hadde kjennskap til vaksinen og prisen, og mange av de andre deltakerne syntes prisen mellom 4000 og 5000 kroner var for høy. En sa at han heller tok sjansen på ikke å få det, mens en annen sa at «det er jeg for gjerrig til». Det var flere som syntes det var en urimelig pris, selv om de kjente til konsekvensene av sykdommen, som en deltaker understreket: «Jeg synes det er dritdyrt, men [navn] har jo hatt helvetesild, og en onkel døde av helvetesild». Når prisen var såpass høy, ble det «en vurdering hva som er viktig for deg, rett og slett», som en deltaker sa. Vaksinen mot helvetesild hadde en pris som framsto som en barriere for flere, særlig i en avveining der risiko også ble trukket inn.

7.4 Følger de anbefalingene

Svar på spørsmål om hva som var den viktigste grunnen til at de vaksinerte seg, fortalte også en del om å følge anbefalinger. Ett svar var: «Jeg tar dem både for meg selv og for mine medmennesker». Et annet var at man gjør det «for deg selv og for at du ikke skal bli syk, rett og slett». Samtidig var det flere som framholdt at den viktigste grunnen var at de hadde fått beskjed om å gjøre det.

De fleste av de som var over 65 år viste stor tillit til helsemyndighetene. De fulgte rådene de fikk. Hvis fastlegen foreslo å ta en vaksine, så ville de fleste ta denne. Som en sa: «Jeg stoler nesten blindt på fagpersonell». En annen ga et eksempel på hvordan han hadde fulgt opp fastlegens råd:

Jeg hørte mye i media om den kikhostevaksinen, så da spurte jeg fastlegen min om det var lurt for meg å ta den, husker ikke hvor lenge siden, og da sa hun at det burde du gjøre, og da gikk jeg og gjorde det med én gang.

Det var flere tilfeller hvor folk fortalte at de gjorde som helsepersonell anbefalte. Dette ble illustrert i et gruppeintervju hvor vi stilte spørsmål om den viktigste grunnen til at de tok vaksiner, og ett av svarene var: «Vi blir bedt om å ta dem».

På direkte spørsmål til en gruppe om de stolte på det legene sier, svarte en med et motspørsmål: «Ja, hvem andre skal vi høre på?», og en annen fulgte opp med: «Vi har vel egentlig ikke noen valg?» Det samme kom frem i et annet fokusgruppeintervju: «Hvis det er på nettet, så er man jo skeptisk. Fordi der kan det være ganske vanskelig å sjekke hvor de egentlig kommer fra. Så der er jeg skeptisk. Jeg ser jo på nettet også, jeg leser jo, men det er det jeg får fra fastlegen som jeg stoler på». Denne tilliten til helsepersonell og myndigheter ble av en kvinne satt i sammenheng med hvordan anbefalingene ble presentert:

For det er jo ikke bare å si 'du skal ta', men de begrunner jo hvorfor det er viktig. Saklig, fin informasjon.

Det var likevel noen viktige forskjeller i hvordan de forholdt seg til anbefalinger. En deltaker hadde tatt influensavaksinen flere ganger, men hadde opplevd å bli litt dårlig etterpå og hadde derfor vurdert å ikke ta den, men da hadde legen sagt han imot: «Da sa jeg til fastlegen, nå tror jeg ikke jeg skal ta den, ta den igjen. 'Jo', sier han. 'Hvis du ikke tar den, så blir du i hvert fall dårligere hvis du blir dårlig'. Og da hørte jeg på han. Jeg skal ta den i høst». Det var flere som bare tok vaksinene etter sterke anbefalinger fra legen, som en deltaker forklarte:

Altså jeg, jeg er jo i tvil, men jeg gjør det som legen sier, fastlegen sier til meg. Gjør det og det. Det holder jeg meg til. Men det er jo under tvil.

Dette gikk igjen hos flere. En som hadde blodsykdommer og «litt hjertegreier» forklarte at hun derfor var lydhør til det legen hadde å si: «Jeg tror ikke jeg hadde tatt, hvis ikke de hadde sagt at du måtte ta». Det var flere som var i tvil om de skulle ta vaksiner, og en deltaker med diabetes som kalte seg selv vaksineskeptiker tok influensavaksinen bare fordi legen sa veldig tydelig ifra til henne:

Hun sier ikke at jeg bør ta, jeg skal ta. «Ja, nei, jeg vil ikke, jeg vil ikke», men: «jo, du må». Og da sier jeg «ok, da». Ja, jeg var skeptisk, men da når hun virkelig slår i bordet og sier «jo, du skal». Da – greit. Jo, men ikke om det er ganske vagt. Men «du må virkelig gjøre det her!» Så tydelig beskjed.

Samtidig var det noen tilfeller hvor de ikke gjorde som det ble anbefalt. I et tilfelle var det en som hadde god helse som hadde blitt anbefalt av fastlegen å ikke ta influensavaksinen. Som hun fortalte: «Og da sa jeg, er det ikke en selvfølge at jeg bør ta influensavaksine, og så sa han nå har du vært frisk såpass lenge, det er naturlig at kroppen din, hvis du ikke har dårlig immunforsvar, at du skal gjennom en influensa for å bygge

immunforsvaret ditt. Det var det han sa til meg». Anbefalingen fra denne fastlegen var altså at hun ikke skulle ta influensavaksinen. En annen kvinne i fokusgruppeintervjuet skjøt inn at hennes lege hadde sagt hun burde ta influensavaksinen for å styrke immunforsvaret hennes, til tross for at hun sjelden ble smittet av influensa. Til tross for slike tilfeller av ulike anbefalinger, tar folk egne avgjørelser. Hun som hadde blitt anbefalt å ikke ta vaksinen hadde likevel tatt vaksinen:

Jeg var jo i hjemmesykepleien og traff så mye mennesker og sånn, så jeg tok vaksinen. Fordi jeg ble anbefalt det på arbeidsstedet mitt.

Blant dem som fulgte anbefalingene, var det likevel noen som var bekymret for bivirkninger. En sa at han håpet at det ikke skjedde noe med ham, og som de andre tok han til tross for en viss bekymring vaksinene som ble anbefalt. En deltaker i samme fokusgruppeintervju sa: «Vi tok jo de tre uten å blunke», mens en annen sa: «jeg tar det og krysser fingrene». Derimot var det få bekymringer om å ta flere vaksiner på én gang. De som var åpne for å ta vaksiner og hvor vaksineringen var tilrettelagt på en god måte, tok gjerne imot flere vaksiner samtidig. En fortalte at de ved en massevaksinering hadde fått «en i hver arm», altså korona og influensa. Også andre fortalte at de hadde fått tilbud om flere vaksiner samtidig og at de hadde takket ja til det. Noen framholdt likevel at det var mange vaksiner å ta, og en kvinne fortalte at hun ikke hadde tenkt å ta vaksinen mot helvetesild:

For jeg er litt redd for å ta for mange. Kanskje det roter seg til inne i meg.

Det var noen blant de over 65 år som nølte med å ta vaksiner. De fleste var ikke veldig bekymret for bivirkninger, men noen synes det var mye snakk om bivirkninger, og dette gjorde dem litt bekymret. I et fokusgruppeintervju oppsto det en diskusjon rundt dette:

Mann 1: Jeg ser det på den måten som, altså, uansett hvilken medisin du tar, så har du alt bivirkninger. Og så tar du alle tablettene for de bivirkningene, og alle de for de bivirkningene.

Kvinne 1: Det er jo bivirkninger av alle medisiner.

Kvinne 2: Men vi må jo ta medisin for det.

Mann 2: Jojo, hvis en lege sier det, så tar man det, det er klart.

Kvinne 3: Ja, det må man ta, ellers hadde man jo ikke siddet her hvis man ikke hadde tatt det, det nytter jo ikke å stritte imot.

Det var altså noe ulike tilnærminger, men hvor også de som hadde bekymringer tok vaksiner. I noen tilfeller hang dette sammen med at de følte seg presset til å ta vaksiner, selv om de egentlig ikke hadde så lyst. En deltaker fortalte at hun egentlig ikke hadde tenkt å ta koronavaksinen: «Og så tenkte jeg, nei, jeg kan ikke være sånn som ikke vaksinerer meg. Da vil alle hate meg». Hun hadde endt med å ta vaksinen. Andre hadde tatt koronavaksinen, men hadde opplevd å bli syke. En fortalte at han hadde tatt

koronavaksine fem ganger og blitt dårlig hver gang: «Men nå vil jeg ikke ha flere. Jeg blir så jævla syk. Jeg ligger helt flatt». Slike opplevelser bidro til at noen av de vi snakket med ikke ville ta flere koronavaksiner.

Et perspektiv var også – som vi har sett – at enkelte syntes det ble mange vaksiner. En mann på 90 år hadde tatt mange vaksiner gjennom årene og lurte på om det begynte å bli nok nå: «Ett eller annet skal man jo stryke med av når tida er der. Så det er ikke så godt å vite om det skal bli uten eller med vaksine». Han hadde tatt vaksiner siden «rett etter krigen, og siden har det vært vaksine på vaksine på vaksine av forskjellige ting». Ettersom tiden hadde gått, hadde han blitt skeptisk og begynt å tenke: «Skal jeg følge med på dette her, eller skal jeg kutte ut? For jeg synes, jeg synes at jeg har ikke godt å få alt dette inn i skrotten». En annen syntes også det ble for mye, og påpekte at: «Jeg kan ikke gardere meg mot allting her i verden, altså».

7.5 Et bedre tilbud

Det ble sagt av flere informanter at påminnelser om vaksine ville være nyttig. En nevnte – som vi har sett – at hun hadde fått SMS fra kommunen om at hun burde ta vaksine, og det var enighet i denne gruppen om at det ville være fint å få påminnelser om dette regelmessig. Dette gikk igjen blant flere av deltakerne i gruppeintervjuene, og det ble nevnt av en at helsemyndighetene gjerne kunne sende ut slike påminnelser, med mulighet for eventuelt å takke nei. Andre foreslo at en årlig helsekontroll for eldre ville være en god anledning til å friske opp vaksiner.

Det var forståelse for at vaksiner ikke nødvendigvis kunne være gratis, men samtidig var det flere som nevnte ideer til forbedring. Flere foreslo at de syntes vaksiner burde være en del av frikortgrunnet, slik at betalingen for vaksiner inngikk i et maksbeløp. Det ble også nevnt at man blir en dyr pasient hvis man blir innlagt på sykehus: «Det burde vært gratis for å holde folk friske. Ja, det er billigere. Ligge på sykehuset og ta opp plass. Det er verre. Da er det bedre å vaksinere seg. Og spare samfunnet og andre, de som trenger virkelig sykehusplass». Slike samfunnsøkonomiske refleksjoner viser til det felles ansvaret flere mente var viktig, og de ville bidra ved å vaksinere seg så lenge det er tilrettelagt på en god og prisvennlig måte.

7.6 Oppsummering

Mange av informantene over 65 år tok vaksinene de ble anbefalt. Mange tilkjennega relativt høy tillit til helsemyndigheter og helsepersonell de hadde kontakt med. Tilgjengelighet i form av lokasjon hadde betydning og pris var et tema, men ikke avgjørende for vaksiner blant de som ble intervjuet. De hentet inn mye informasjon selv og forsøkte å holde seg orientert, samtidig var det forskjeller, og tilfeldig hvem som fikk informasjon om vaksiner fra helsepersonell. Noen av de vi snakket med fikk ikke tydelige anbefalinger og var ikke klar over hvilke vaksiner som var anbefalt og tilgjengelige for sin aldersgruppe. Det ble etterlyst bedre informasjon om vaksiner, og det framstår som at denne gruppen kan ha god nytte av mer tilrettelagt informasjon om vaksiner, for eksempel gjennom påminnelser.

8 Resultater og anbefalinger

I dette kvalitative forskningsprosjektet har vi undersøkt vaksineringsprosedyrer i to definerte målgrupper i den voksne befolkningen: gravide og de som er 65 år og eldre. Den overordnede ambisjonen med prosjektet har vært å identifisere hva som hindrer og hva som fremmer at disse to gruppene tar vaksinene som er anbefalt for dem av nasjonale myndigheter. Vi har, basert på intervjuer med ansvarlige for vaksineringsprosedyrer og helsepersonell i sju utvalgte kommuner, undersøkt hvordan de organiserer informasjon om vaksineringsprosedyrer og selve vaksineringsprosedyrene. Vi har også undersøkt holdninger og praksiser blant helsepersonell som er involvert i vaksineringsprosedyrer – både hvordan de forholder seg til vaksineringsprosedyrer i møter med folk i målgruppene og om de selv lar seg vaksinere. Endelig har vi undersøkt holdninger og praksiser i de to målgruppene.

Det er noen begrensninger i datamaterialet i den forstand at dette først og fremst er en studie av den majoritetsnorske befolkningen i de to målgruppene. Tidsrammen for prosjektet kombinert med rekrutteringspraksisene våre og begrensninger lagt på helseforskning i den samiske befolkningen, har gjort at vi mangler folk med innvandrerbakgrunn og samisk bakgrunn i utvalget. Det er også en viss overvekt av deltakere med relativt mye utdanning blant de som er 65 år og eldre i materialet vårt. Dette har antakelig gitt deltakere som er mer åpne for vaksineringsprosedyrer enn om vi hadde hatt en større representasjon av minoritetsnorske (både dem med samisk bakgrunn og med innvandrerbakgrunn) og folk med mindre utdanning i utvalget. Likevel gir denne studien, tross disse begrensningene, et viktig innblikk i hvordan vaksineringsprosedyrer foregår lokalt i et utvalg av kommuner og hvordan et utvalg av helsepersonell og voksne i målgruppen forholder seg til vaksineringsprosedyrer. Svakheterne i materialet tilsier samtidig at det bør gjøres mer kvalitativ forskning for å få bredere innsikt i holdninger og praksiser.

I dette avsluttende kapitlet svarer vi på problemstillingene vi presenterte i innledningen, diskuterer hva som fremmer og hva som hemmer vaksineringsprosedyrer av voksne, og avslutter – på dette grunnlaget – med enkelte anbefalinger.

8.1 Kommunenes organisering av vaksineringsprosedyrer

Den første problemstillingen var hvordan kommuner organiserer vaksineringsprosedyrer av voksne, med særlig henblikk på de to målgruppene som vi har rettet oppmerksomheten mot i denne studien. Vi finner både likheter og forskjeller i organisering.

Først til forskjellene, som særlig angår hvordan kommunene organiserer vaksineringsprosedyrer av gruppen som er 65 år og eldre.

To av de sju casekommunene har årlige dager for massevaksinasjoner. En tredje kommune har en type oppsøkende massevaksineringsprosedyrer, der et team på forhåndsbestemte dager oppsøker bestemte steder i kommunen, og folk kan møte opp et sted i nabolaget. Massevaksineringsprosedyrer fremstår som effektive tiltak, også fordi det fører til økt oppmerksomhet om vaksineringsprosedyrer, intensivt informasjonsarbeid og generell mobilisering lokalt. Når lokale myndigheter setter opp massevaksinasjoner, ønsker de å fylle lokalene og

sysselsette vaksinatørene denne dagen. I disse kommunene går de derfor bredt ut med informasjon om dette tilbudet på kommunens nettsider og via andre kanaler.

I kommuner som ikke arrangerer slike massevaksinasjoner er det i flere tilfeller begrenset lokalt informasjonsvirksomhet om vaksiner, og folk er dermed avhengig av selv å finne informasjon om hva de er anbefalt og ikke minst, hvor slik vaksinerings foregår lokalt. Dette gjelder i særlig grad eldre over 65 år, som er definert som en risikogruppe både når det gjelder influensa og korona. Selv om det – når de intervjues av oss – er mange som har informasjon om hvilke vaksiner de anbefales å ta, fremstår det nokså tilfeldig om de har fått denne informasjonen fra lokalt helsepersonell eller om de selv aktivt har oppsøkt informasjonen. Dette er særlig krevende i de tilfellene hvor det er stadig endring i hvor vaksinerings gjennomføres, slik at det ikke bare er uklart hvilke vaksiner de eldste bør ta, men også hvor de er å få.

Det er mindre lokale variasjoner blant gravide, ettersom de følges opp slik nasjonale myndigheter gjennom forskrift har anført at de skal, med tanke på vaksinerings (se kapittel 1 og 2). Kikhostevaksinerings er fra 1. mai 2024 tatt inn som en del av denne oppfølgingen – også det er forskriftsfestet. Det finnes rutiner for informasjon om og tilbud om kikhostevaksine til gravide fra jordmødre og helsesykepleiere, alternativt fastleger hvis den gravide går til svangerskapskontroll der. De fleste informantene hadde tatt denne vaksinen, med unntak av dem som hadde vært gravide før kikhostevaksinerings ble iverksatt. De andre anbefalte vaksiner for gravide – korona og influensa – var det blant de vi intervjuet langt færre som hadde tatt. Helsestasjonen har de fleste steder ikke tilbud om å sette disse to vaksiner, og det heller ikke tilsvarende rutiner for informasjon og tilbud om disse to vaksiner. Det er i større grad overlatt til helsepersonell selv å anbefale disse. Og den gravide må de fleste steder oppsøke fastlegekontoret eller apotek for å få tatt disse vaksiner.

De ulike kommunale måtene å organisere vaksinerings, kan påvirke vaksineringsbøvelighet i de to gruppene. For eksempel, om kommunen har massevaksinerings av sesongvaksiner eller ei kan gjøre en forskjell for om enkelte vaksinerer seg. Samtidig fremstår det som vel så viktig at det finnes en fastlagt nasjonal rutine for vaksinerings. I denne studien gjelder dette kikhostevaksine til gravide, hvor informasjon og tilbud om vaksinerings er gjort til en integrert del av et eksisterende helsetilbud. Den fastlagte rutinen er viktig i seg selv, og den kan i tillegg signalisere at kikhostevaksinen er «viktigere», eller «mer anbefalt», for gravide enn vaksiner mot korona og influensa.

Det finnes ikke tilsvarende fastlagte rutiner for de over 65 år. Det eksisterer ikke nasjonalt fastlagte rutiner eller anbefalinger for hvordan det lokale tjenesteapparatet skal informere om og tilby anbefalte vaksiner til denne målgruppa. Informasjon og organisering av vaksinerings varierer følgelig nokså mye, og det blir mer opp til individet om vedkommende oppsøker informasjon og tilbud som finnes lokalt.

Beliggenhet og størrelse på befolkningen kan ha betydning for hvordan kommuner har valgt å organisere vaksinearbeidet. Massevaksinerings er for eksempel et tiltak best tilpasset tettbygde strøk eller kommuner hvor befolkningen er konsentrert om enkelte sentra, mens ambulante vaksineteam kan være nyttig i mer spredtbygde områder.

Andre forskjeller har i mindre grad sammenheng med beliggenhet og befolkning. Dette gjelder for eksempel hvordan fastlegene involveres i vaksinasjonsarbeid.

8.2 Helsepersonell

I den andre problemstillingen i prosjektet spør vi om helsepersonells holdninger til vaksiner og om disse påvirker deres vaksinepraksiser. Generelt fremstår det blant de vi har intervjuet som at helsepersonell er opptatt av å informere og vaksinere befolkningen samt å ta vaksiner selv.

Samtidig er det enkelte av de vi snakket med som har noen bekymringer eller risikovurderinger rundt vaksiner som gjør at de ikke selv tar anbefalte vaksiner. Slike holdninger til vaksiner kan påvirke brukeres holdninger og praksiser dersom det skinner gjennom i møte med brukere. Dette kan særlig skje når helsepersonellet får direkte spørsmål om hva *du* synes at *jeg* bør gjøre. De to informantene i apotek fortalte at de hadde diskutert hvordan de skulle svare på slike direkte spørsmål, men det var andre av de vi har intervjuet som var ubekvemme med slike spørsmål og ikke alltid hadde diskutert med kollegaer om hvordan de skal svare. I intervjuene fremsto det som at de fleste var mest opptatt av å vise til nasjonale anbefalinger. Dermed følger de opp ansvaret de har. Samtidig er det altså en del brukere som er usikre på om de skal ta ulike vaksiner som utfordrer helsepersonell til å gi råd basert på hva de som privatpersoner tenker og mener.

Kikhostevaksinen er et godt eksempel på hvordan vaksiner kan anbefales og settes på en måte som gjør at det blir mindre opp til det individuelle helsepersonellens tilnærming om folk får informasjon og tilbud om vaksiner. Det synliggjøres at nasjonale myndigheters forskriftsfesting av dette tiltaket som del av helsestasjoners arbeid med svangerskapskontroll gjennomgående følges opp – i alle fall i våre casekommuner. I tillegg har helsepersonellet en nokså tydelig «oppskrift», både for når og hvordan dette skal gjøres.

8.3 Gravide og de på 65 pluss

I den tredje problemstillingen spør vi om forholdet mellom holdninger til vaksiner og vaksinevalg blant gravide og de over 65 år.

Det er store variasjoner i holdningene til vaksiner i disse to gruppene. For de over 65 år var det influensavaksinen som fremsto som den viktigste vaksinen, mens for de gravide var kikhostevaksinen høyest prioritert. Anbefalingene for vaksiner er ikke rangert av FHI, men brukerne prioriterer altså selv mellom ulike vaksiner. Det synliggjøres i intervjumaterialet med brukere et hierarki av prioriteringer mellom de mest kjente vaksinene. Dette er et hierarki vi også gjenfinner i deler av intervjumaterialet med helsepersonell når de forteller om hvordan de kommuniserer med brukere om vaksiner og vaksinering. Hierarkiet synes å være basert på kjennskap til vaksinen og betydningen av denne, kjennskap til eventuelle bivirkninger og generell tillit til nytteverdien av de aktuelle vaksinene. Vi har kalt dette et *oppslutningshierarki*.

Blant de gravide fremstår preferansen for kikhostevaksinen som et resultat av at helsepersonell ikke bare er pålagt å informere om denne, men også når og hvordan. I tillegg er vaksinering lett tilgjengelig på helsestasjoner som majoriteten av gravide besøker for

svangerskapskontroll. Her synes det i tillegg å ha betydning at vaksinen er anbefalt for å beskytte barnet – ikke mor. Dette er noe som kan være et incitament til å ta den.

For de over 65 år er det ikke like tydelig hvorfor influensavaksinen prioriteres, men det var mange som tok denne fremfor koronavaksinen til tross for at de begge er anbefalt på lik linje. Influensavaksinen har vært tilgjengelig over flere år, og intervjumaterialet synliggjør færre fortellinger om negative bivirkninger knyttet til influensavaksinen sammenlignet med koronavaksinen. Negative bivirkninger etter å ha tatt koronavaksinen er noe de vi har intervjuet gjerne har opplevd selv eller har erfart «tett på», i form av å kjenne andre som har opplevd bivirkninger. Dette synliggjøres i forlengelsen av at koronavaksinen kommer relativt dårlig ut i en kost-nytte-vurdering – mye dårligere enn influensavaksinen. Enkelte av de intervjuede vektlegger også at det kan bli for mange vaksiner, og da prioriteres de som er i toppen av oppslutningshierarkiet.

Nasjonale myndigheters anbefalinger av influensa- og koronavaksiner hviler ikke på slike hierarkier. Her beskrives disse to som like viktige (om enn på litt ulike måter). Altså er det ikke slik at anbefalingene fra helsemyndighetene er direkte utslagsgivende, heller ikke i den eldste aldersgruppen.

Det finnes en del vaksinenøling blant de vi har snakket med. Vaksinenøling betyr likevel ikke nødvendigvis at folk ikke tar vaksiner. Det betyr at de gjør en rekke vurderinger før de tar vaksiner. Noen ender opp med å ta vaksiner hvis de får sterke anbefalinger av helsepersonell, mens for andre gjør nølingen at de velger å ta den eller de vaksinene de tenker er meste relevante for dem selv. Andre tar avgjørelser basert på egne eller andres erfaringer om bivirkninger, og her var det særlig erfaringer knyttet til koronavaksinen som gjorde at man sto over akkurat den vaksinen.

Pris ser også ut til å spille en viss rolle. Selv om mange syntes det kunne bli dyrt med vaksiner, var det også mange som syntes det var greit å betale for vaksiner, ettersom det ga dem beskyttelse og bidro til å beskytte andre. Det var likevel flere av de over 65 år som i diskusjoner om vaksinen mot helvetesild tilkjennega at de nølte med å ta den, ettersom prisen på denne var veldig høy sammenlignet med andre vaksiner. Dette er en vaksine som ikke er særlig anbefalt fra nasjonale myndigheter, men som altså likevel kom opp i intervjuene med de eldste – fordi den av enkelte ble fremholdt som viktig; de hadde vært syke og ville nødig bli det igjen.

8.4 Hva som fremmer og hemmer vaksiner

En tydelig institusjonell plassering av ansvaret for å informere om og utføre vaksiner fremstår basert på våre resultater som den første faktoren som kan fremme vaksiner i voksne målgrupper. Slik tilfellet er med kikhostevaksiner til gravide, som etter forskrift og anbefalinger fra nasjonale myndigheter er lagt inn som del av svangerskapskontrollen som de fleste gravide har på helsestasjonen. Dette følges opp på tvers av våre casekommuner og kan betraktes som en driver for vaksiner. Tilsvarende kunne vært gjort ved å gi fastleger et tydeligere avtalefestet ansvar for sesongvaksiner, og også andre vaksiner som er anbefalt for gruppen 65 år og eldre. Fastlegene er en del av helse- og omsorgstjenestene som denne gruppen forholder seg til jevnlig, og å gjøre dette som del av vanlige konsultasjoner behøver ikke være mer arbeidskrevende for

fastlegene enn jordmødrene har erfart at det er som del av svangerskapskontrollen. En av fastlegene hadde en praksis hvor hen gikk gjennom sin liste av pasienter og sendte ut påminnelse om influensavaksinering til pasientene i risikogrupper. Dette er en måte å håndtere at ikke alle over 65 år går regelmessig til lege.

Den andre avgjørende faktoren som fremmer vaksinering, er at vaksinen det gjelder møtes med positive forventninger og holdninger i målgruppen. Her har vi sett at institusjonelle forhold – jamfør kikhostevaksinen – også kan påvirke holdninger, ved at måten dette gjøres på signaliserer viktighet. Vi har sett at det både i de to målgruppene vi har undersøkt og hos helsepersonell synliggjøres tendenser til det vi har kalt *et oppslutningshierarki*, der vaksiner rangeres etter hvor viktige/bra brukerne finner dem. På toppen hos gravide / de som nylig har født er kikhostevaksinen, og på toppen hos 65+ er influensavaksinen. Dette siste er det flere grunner til, som både har med erfarte bivirkninger og kost-nytte-analyser å gjøre. Blant gravide / de som nylig har født er det også en alderskomponent; de mener at de tåler en runde med influensa eller Covid. Forekomsten av et oppslutningshierarki tolker vi som et resultat av at brukere synes det blir mange vaksiner. Dette utløses av en bekymring for at det kan bli «for mye», eller slik en som hadde passert 90 år uttrykte det: en bekymring for at det «skal rote seg til inni meg». Det kan ha praktiske følger, fordi kombinasjonen av at man må gå ulike steder for å kunne ta ulike vaksiner gjør at man aldri rekker de litt nede i oppslutningshierarkiet.

En tredje faktor som driver frem vaksinering identifiseres særlig i gruppen 65+ som tydelighet hos helsepersonell man stoler på. I denne gruppen gjelder dette særlig fastlegen. Tydelighet i denne sammenhengen omfatter at enkelte ber helsepersonellet si hva de synes at de skal gjøre, det vil si i en viss forstand fravike de skriftlige anbefalingene fra nasjonale helsemyndigheter og tre inn i rollen som privat rådgiver. Dersom fastlegen sier til en person i gruppen 65+ at vedkommende skal ta vaksinen, veier det ekstremt tungt. Enkelte etterspør et slikt svært tydelig råd. Blant de gravide / de som nylig har født later det heller til at å bli møtt på bekymringer man har og tatt med i en diskusjon om hva som er best, er noe de ønsker. Dette er med andre ord en litt annen tydelighet enn det den eldste aldersgruppen etterspør. Det har ikke vært direkte tema i denne studien hvorfor særlig 65+-gruppen har svært stor tillit til fastlegen. Det synes imidlertid som flere vektlegger at dette er en profesjonell som kan ha fulgt dem en stund og som kjenner dem, en som kan tilføre den profesjonelle rollen et lite element av at det er noen som ser dem som individer.

En fjerde faktor som ser ut til å fremme vaksinering, er organiseringer av massevaksinering. Dette kan ikke leses som et direkte forhold mellom massevaksinering og andel voksne, eller andel voksne på 65 år og eldre, som vaksinerer seg. Kommuner som driver med massevaksinering ligger ikke nødvendigvis i toppen av vaksinasjonsstatistikken. Kanskje er det heller slik at vaksineringen ville vært lavere uten massevaksinering. Når vi vektlegger dette tiltaket som et bidrag som fremmer vaksinering, har det sammenheng med at det gir oppmerksomhet og informasjon rundt vaksinering lokalt, på måter det hadde vært krevende å få til uten.

En femte faktor som fremmer vaksinering, er at vaksinen bør være gratis eller i alle fall ikke for dyr. Hva som ansees som for dyrt, varierer. Kanskje er det viktigste å sørge for

at det er lik pris, uavhengig av hvor vaksinen tas og uavhengig av forskjeller innad og mellom kommuner.

Faktorer som hemmer vaksineringsprosessen, er langt på vei en refleksjon av faktorer som fremmer vaksineringsprosessen.

Vi starter med manglende plassering av institusjonelt ansvar for utføring. Hvorfor har ikke fastlegene en definert oppgave knyttet til sesongvaksiner og andre vaksiner som prioriteres til risikogrupper?

Den manglende plasseringen av ansvaret for utførelsen gir også en manglende plassering av ansvaret for en solid lokal informasjonsstrategi. I tillegg er det lite gjennomgående satsing på kunnskapsspredning, diskusjon og refleksjon blant helsepersonell lokalt. Et tydelig tegn på dette er at en forholdsvis stor andel av helsepersonellet på landsbasis ikke vaksinerer seg selv (Klüwer et al., 2024). I vår studie er det også tegn til dette. Og vi finner altså også at dette kan skyldes at det rett og slett snakkes lite om vaksiner og at det diskuteres lite. Samtidig finnes det en implisitt eller eksplisitt kommunisert holdning blant de som leder vaksinearbeidet lokalt om at helsepersonell vaksinerer seg (nærmest som implisitt del av stillingsinstruksen).

8.5 Anbefalinger

Vi finner altså faktorer som både fremmer og hemmer vaksineringsprosessen i de to målgruppene i den voksne befolkningen som har vært sentrale i denne studien. Ett viktig element er nærvær og fravær av tydelige retningslinjer, ikke bare for ansvar lokalt, men også for utførelse – når, hvordan og av hvem. Dette finnes for kikhostevaksineringsprosessen av gravide, men det finnes ikke for sesongvaksineringsprosessen av gravide og for de som er 65 år og eldre. I høstens statsbudsjett tas det skritt for å etablere et voksevakinasjonsprogram, der en sentral del er informasjon og påminnelser om vaksiner. Dette er viktig. Ansvaret plasseres i kommunene, men det gis ingen retningslinjer for hvem som bør ha ansvaret lokalt og hvordan det kan ivaretas – slik tilfellet er med kikhostevaksinen. Kanskje er dette ikke nødvendig?

Vårt intervjumateriale viser at de som vil vaksinerer seg stort sett klarer å finne ut hvor de kan gjøre det. Vi må likevel minne om at vi har et begrenset utvalg av befolkningen i studien. Samtidig finner vi altså at det å legge informasjon og utførelse av vaksineringsprosessen (når det gjelder kikhoste) inn i et allerede eksisterende program for svangerskapskontroll, øker sjansene for at informasjonen når alle og at tilbudet om å få ta vaksinen formidles og iverksettes. Et tilsvarende opplegg for fastleger og sesongvaksiner ville kreve en avtale om dette mellom myndigheter og fastleger. Samtidig ville det da altså sikre at ikke bare informasjon, men også tilbudet om en faktisk vaksine, når de det gjelder.

Når vi ber de vi har intervjuet om råd, er det særlig mer systematisk informasjon om vaksineringsprosessen som nevnes. Flere av brukerne nevnte at påminnelser via et sentralisert system ville være veldig nyttig. Mange var ikke kjent med at noen vaksiner skal oppfriskes regelmessig, og hvis de fikk påminnelser om når de skulle ta vaksiner, ville dette bidra til at flere ville ta anbefalte vaksiner, mente deltakerne. Dette kan være både generelle påminnelser, for eksempel om influensavaksine hver høst, men også individuelt tilrettelagte påminnelser som inkluderer vaksiner som bør oppfriskes og som tar hensyn

til alder og andre faktorer. Nå er det bestemt at et slikt system skal innføres fra 2025. Dette skal i første omgang brukes til å informere de over 65 år om vaksiner som anbefales for dem. Våre funn tyder på at dette også kan være nyttig for andre grupper, som gravide, som altså også anbefales sesongvaksinene.

Pris er også noe som kan bidra til å øke vaksinedekningen. Selv om det for mange ikke er en stor utgift med vaksiner, kan det for andre være at høy pris bidrar til at de ikke tar vaksiner. Enkelte av de vi intervjuet mente en god idé ville være å inkludere vaksiner i frikortordningen. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om dette er en realistisk løsning, men forslaget viser til en måte å organisere at de med begrensede midler bør kunne få tilgang til vaksiner uten å måtte betale full pris for disse.

Til slutt: holdninger. Vi finner, enten det er i målgruppene eller hos helsepersonell, svært lite direkte vaksinemotstand, i betydningen en endelig bestemmelse om at vaksiner tar man ganske enkelt ikke. Vi finner imidlertid en god del vaksinenøling. Dette er knyttet til erfaringer med bivirkninger og i forlengelsen av dette – kost-nytte-betraktninger. I tillegg finner vi tendenser til det vi har kalt et oppslutningshierarki, der enkelte vaksiner gjennomgående forstås som mindre problematiske enn andre. Dette oppslutningshierarkiet får betydning i praksis når det initieres av en bekymring for at det kan bli for mye vaksiner. Dette er en tilnærming som har feste i lite annet enn at antallet vaksiner oppleves å kunne bli *for* mye.

Hvordan møte dette? Vi finner at de brukere i særlig grad stoler på, er helsepersonell nær dem: fastlege, jordmor og helsesykepleier. Dette støttes av annen forskning på området. Mens en del av de som er over 65 år gjerne vil ha tydelige beskjeder, synes kvinner som er gravide, eller som nylig har vært det, å være mer opptatt av å bli møtt, sett og tatt med i en diskusjon. Det viktigste ser ut til å være å etablere et nasjonalt system som gir helsepersonell tydelig ansvar om å informere og anbefale, og i tillegg være vaksinerådgivere som møter brukerne på en god måte og har tid til å gå i dialog om deres bekymringer.

9 Referanser

- Aaberge I. S. (2019). Vaksinerådgiving og personvern. FHI vaksinedagene 2019. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/bilder/vaksine/vaksinedagene-2019---presentasjoner/12.50-aaberge-vaksinedagene-2019-vaksinasjonsprogram-for-voksne.pdf>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). Successful Qualitative Research. A practical guide for beginners. Sage
- Bråten, B., Ezzati, R. T., Gjefsen, H. M., Gleditsch, R. N., Kjeøy, I. & Seifert, L. C. (2023). Informasjon til innvandrerbefolkningen i krisetid. Delrapport 2. Fafo-rapport 2023:24.
- Bråten, B., Gleditsch, R. N. & Kjeøy, I. (2024). Frivilligheten som informasjonsformidler til innvandrerbefolkningen. Erfaringer, prinsipielle diskusjoner og læringspunkter. Delrapport 3. Fafo-rapport 2024:07.
- Bøvre, K., Kristoffersen, E. & Myrvang, B. (2024). Vaksine. Store medisinske leksikon. Hentet fra: <https://sml.sn.no/vaksine>
- Cassini, A., Colzano, E., Pini, A., Mangen, M. J. J., Plass, D., McDonald, S. A., Maringhini, G., van Lier, A., Haagsma, J. A., Havelaar, A. H., Kramarz, P. & Kretzschmar, M. E. (2018). Impact of infectious diseases on population health using incidence-based disability-adjusted life years (DALYs): results from the Burden of Communicable Diseases in Europe study, European Union and European Economic Area countries, 2009 to 2013. Euro Surveill 23(16). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.16.17-00454>
- Folkehelseinstituttet. (2017). Influensavaksine til risikogrupper. Oppdatert 12.8.2024. Hentet fra: <https://www.fhi.no/va/influensavaksine/influensavaksine-risikogrupper/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). Statistikk for barnevaksinasjon. Hentet fra: <https://www.fhi.no/va/sysvak/barnevaksinasjon---statistikk/#vaksinasjonsdekningen-er-trolig-hyere-enn-tallene-viser>
- Folkehelseinstituttet. (2024). Vaksinasjonshåndboka for helsepersonell. Hentet fra: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/?term=>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Furuseth, E., Rydland, K. M., Berg, A. S., Hansen, B. T., Daae, A. O., Greve-Isdahl, M. & Solberg, S. L. (2023). Vaksiner i Norge. Fokelherapporten. Hentet fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/smitte/vaksiner-i-norge/?term=>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. (FOR-2009-10-02-1229). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-10-02-1229>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Meld. St. 28 (2014–2015). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2021). Representantforslag om vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper for å minimere smitte og styrke folkehelsen. Dokument 8:136 S (2019–2020), Innst. 211 S (2020–2021).
- Kjeøy, I., Bråten, B., Ezzati, R. T., Friberg, J. H., Gjefsen, H. M. & Seifert, L. C. (2023). Informasjon til innvandrerbefolkningen i krisetid. Delrapport 1. Fafo-rapport 2023:24.
- Klüwer, B., Gleditsch, R., Rydland, K.M., Mamelund, S.E., Laake, I. (2024). Higher educational attainment associated with higher confidence in influenza vaccination in Norway. Vaccine, 42(11): 2837-2847. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.03.049>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal akademisk
- Meld. St. 28 (2014–2015). Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>

- Nilsen, T. S., Johansen, R., Aarø, L.E., Kjøllesdal, M.K. R. & Indseth, T. (2021). Holdninger til vaksine og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien. FHI-rapport, 2021. Folkehelseinstituttet, Oslo.
- Nøkleby, H. & Feiring, B. (2006). Det norske vaksinasjonsprogrammet. Tidsskr Nor Lægeforen 126: 2538-40.
- Oslo Economics. (2023). Kostnader ved vaksiner og mulige gevinster av et vaksinasjonsprogram for voksne. OE-rapport 2023:70.
- Paterson, P., Meurice, F., Stanberry, L. R., Glismann, S., Rosenthal, S. L. & Larson, H. J. (2016). Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine* 34(52):6700-6706. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.10.042>
- Prop. 1 S (2024-2025). For budsjettåret 2025 under Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20242025/id3056674/>
- Rime, A. K., Larsen, L. S., Lloyd, B., Røkke, B., Ross, I. S., Larsen, M., Skaanes, B. I., Kjos, G. H., Lund, P. T., Skymoene, L. R., Tesaker, K., Helm, H., Cox, R. J., Erstad, O. A., Simonsen, G. S., Høye, S., Smith, I., Skodvin, B. & Fjeld, H. (2024). Norge trenger et vaksinasjonsprogram for voksne – nå! Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/15KAVB/norge-trenger-et-vaksinasjonsprogram-for-voksne-naa>
- Sametinget. (2024). Etske retningslinjer for samisk helseforskning. <https://sametinget.no/barnevern-helse-og-sosial/etske-retningslinjer-for-samisk-helseforskning-og-kollektiv-samtykke/>
- Sametinget. (2019). Etske retningslinjer og kollektivt samtykke innenfor samisk helsetjenesteforskning. Framlegg, debatt og vedtak. <https://innsyn.onacos.no/sametinget/mote/norsk/wfdocument.ashx?journalpostid=2019012947&do-kid=875235&versjon=5&variant=A&>
- Stålkranz, J. (2024): Barnevaksinasjonsprogrammet – håndbok for helsepersonell. Hentet fra: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/?term=>
- SYSVAK. (2024). Statistikk for barnevaksinasjon. [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/va/sysvak/barnevaksinasjon---statistikk/#dekningsstatistikk-2023>
- Tassamma, A. H. (2024). «Eldre og sårbare skal få gratis koronavaksine hos fastlegen» i Aftenposten (på papir) 5. oktober 2024
- Temoka, E. (2013). Becoming a vaccine champion: evidence-based interventions to address the challenges of vaccination. *S D Med.* 2013;Spec no:68-72. PMID: 23444594.
- World Health Organization. (2023). Vaccines and immunization. Hentet fra: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_

Vedlegg: intervjuguide 65+

Case/vignett som utgangspunkt for diskusjon

Trude, 71 år, bor sammen med ektemannen. De har barn og barnebarn som bor i nær-området. Trude har noen hjerteproblemer, men er ellers i god form. Hun har tatt vaksiner i oppveksten og også som voksen, i forbindelse med utenlandsbesøk. Hun tok også Coronavaksinen to ganger, men hun har tidligere ikke tatt influensavaksinen. Fastlegen har nå anbefalt at hun tar influensavaksinen, men hun synes egenandelen på 400 kroner er ganske mye. I tillegg har hun hørt at mange likevel får influensa. Hun må dessuten reise til fastlege hvor det er vanskelig å få time. Synes dere hun bør bruke tid og penger på å ta vaksinen?

Informasjon og anbefalinger

- Hvor finner du informasjon om vaksiner?
 - Hvem spør dere om råd?
- Stoler du på informasjon fra helsearbeidere?
- Får du påminnelser om hvilke vaksiner du bør ta fra noen?
 - Av hvem? Ønsker du slike påminnelser?
- Vet du hvilke vaksiner som er anbefalt for deg som er over 65 år?
 - Hvilke vaksiner synes du er viktige å ta?

Praksis

- Hvor tar du vaksiner?
- Hvorfor tar du disse vaksinene?
- Har du opplevd å få bivirkninger? Hva slags? Ble du bekymret?
- Har du noen gang tatt flere vaksiner samtidig?
- Er det lett å ta vaksine når du ønsker det?
 - Hvilken rolle spiller praktiske forhold for ditt valg om å ta en vaksine?

Holdninger

- Tar du vaksiner du må betale for?
 - Hva synes du om å måtte betale for vaksiner som er anbefalt av myndighetene?
- Kan du huske sist gang du snakket med familie eller venner om vaksiner?
 - Er dette noe du ofte diskuterer?
- Tror du de fleste du kjenner tar anbefalte vaksiner?
- Er det noen vaksiner du synes er unødvendige å ta?

Vedlegg: intervjuguide gravide

Case/vignett som utgangspunkt for diskusjon

Mona, 28 år, er gravid med sitt andre barn. Hun har diabetes, men ingen andre helseproblemer. Hun har tatt anbefalte vaksiner som barn og forrige gang hun var gravid tok hun influensavaksine og Coronavaksine. Hun har nå fått tilbud om gratis kikhostevaksine. Hun har tidligere opplevd feber og trøtthet etter tidligere vaksiner, og blitt syk med både influensa og Corona – til tross for at hun tok vaksiner. Hun er usikker på om hun skal ta kikhostevaksinen. Hva synes dere hun bør gjøre?

Informasjon og anbefalinger

- Hvordan får du informasjon om vaksiner?
 - Hvem spør du dersom du har spørsmål om vaksiner?
- Stoler du på informasjonen du får om vaksinene fra helsearbeidere?
- Får du vaksineanbefalinger eller påminnelser om vaksiner?
 - Av hvem? Ønsker du slike påminnelser?
- Vet du hvilke vaksiner som er anbefalt for gravide?
- Har du fått informasjon om anbefalte vaksiner?
- Hva synes du om å ta vaksiner når du er gravid?
 - Er det noen vaksiner som er viktigere enn andre?
 - Hvorfor er det viktig for deg å ta vaksiner?

Praksis

- Hvor tar du vaksiner?
- Hvorfor tar du disse vaksinene?
- Har du tidligere opplevd bivirkninger? Hva slags? Ble du bekymret?
- Har du noen gang tatt flere vaksiner samtidig?
- Er det forskjell på å ta vaksine som gravid og ikke-gravid?
- Hvilken rolle spiller praktiske forhold for ditt valg om å ta en vaksine?

Holdninger

- Synes du det er greit å betale for vaksiner?
 - Hadde du tatt vaksiner som gravid dersom du måtte betale for det?
- Kan du huske sist gang du snakket med familie eller venner om vaksiner?
- Tror du de fleste du kjenner tar anbefalte vaksiner?
- Synes du det er viktig at barna dine tar vaksiner? Hvorfor/hvorfor ikke?

Vedlegg: intervjuguide helseledere

Kan du fortelle meg litt om deg selv?

- Hvor lenge har du jobbet her, utdanningsbakgrunn, etc.

Innledning

- Hvordan vil du beskrive befolkningen du jobber med/som bor her?
- Hva er din rolle i vaksinasjonsarbeidet?
- Hvordan er vaksinasjonsarbeidet organisert her?
 - Hvor henvender man seg når man trenger en vaksine?
 - Hvilke aktører er involvert?
 - Hvor vaksineres gravide, risikogrupper i ulike aldre, sykehjemsbeboere, hjemmeboende eldre, barn?
- Hvordan fungerer samarbeidet mellom ulike institusjoner, etater og andre som er involvert i vaksinasjonsarbeidet?
- Arbeider dere med å øke vaksinasjonsdekningen? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvis så: Hvordan gjør dere dette?
- Hva slags utfordringer møter dere i arbeidet med å øke vaksinasjonsdekningen?

Vaksineringstilbud

- Har dere oversikt over hvilke grupper som bør vaksineres og med hva slags vaksiner?
- Hvordan arbeider dere for å nå ulike deler av befolkningen med anbefaling om ulike vaksiner?
 - Har dere et system for å minne målgrupper om influensavaksine eller andre vaksiner anbefalt for voksne?
 - Hvem har ansvaret for å følge opp disse målgruppene?
 - Er det noen innenfor målgruppene dere ikke når frem til? Hva kjennetegner disse?
- Er det noen vaksiner det er lettere å anbefale/få opp dekningen på enn andre?
- Hvordan svarer du når du blir spurt til råds i vaksinespørsmål?
- Hva tenker du er årsakene til den noe lave/høye vaksinasjonsdekningen her?
- Er vaksinering av eldre (de over 65) lett å følge opp?
- Er vaksinering av gravide lett å følge opp?
- Kunne rammene rundt vaksinering vært bedre?

Utfordringer med vaksinering

- Hva slags barrierer møter dere i arbeidet med å få folk til å ta vaksiner?
- Er det forskjell mellom grupper/typer av pasienter?
- Hvordan møter dere pasienter som ikke ønsker vaksiner?
 - Har dere noen retningslinjer for hvordan ansatte som vaksinerer skal møte disse?
- Hvordan er det for helsepersonellet i din kommune at man nå skal sette inntil 3 ulike vaksiner på samme person samtidig?
- Hvilken rolle spiller praktiske forhold for om folk tar vaksiner?
- Hvem bestemmer prisen på vaksine/vaksinering i kommunen?

- Er kostnadene assosiert med vaksinerings en utfordring sett i forhold til målet om å få folk til å vaksinere seg?
- Skaper det utfordringer for deg og dine kolleger når det er vaksinesaker/-debatt i media?
- Finnes det lokale grupper som jobber aktivt mot vaksinerings?

Arbeidsplassen og kolleger

- Får dere som jobber her tilbud om anbefalte vaksiner på arbeidsplassen?
 - Dekkes dette av arbeidsgiver?
- Er det tilrettelagt slik at ansatte lett kan ta vaksiner? I så fall, hvordan??
- Er det mange av de ansatte som benytter seg av tilbudet om influensavaksine?

Vedlegg: intervjuguide helsepersonell

Kan du fortelle meg litt om deg selv?

- Hvor lenge har du jobbet her, utdanningsbakgrunn, etc.

Innledning

- Hvordan vil du beskrive befolkningen du jobber med/som bor her?
- Hva er din rolle i vaksinasjonsarbeidet?
 - Hvem vaksinerer du?
- Hva slags kunnskap og ferdigheter trengs for å gi vaksiner på en trygg måte?
 - Er dette kunnskap du har? Frisker du opp kunnskapen, for eksempel dersom nye vaksiner introduseres? Hvor får du informasjon du trenger fra? Er det enkelt å skaffe seg dette?

Vaksineringstilbud

- Hvilke vaksiner jobber du med/vaksinerer du med?
- Hvordan tilbys vaksine til de du vaksinerer?
 - Under konsultasjon, via innkalling eller påminnelser?
- Har dere (helsestasjon/vaksinasjonskontor) oversikt over hvem som bør vaksineres?
 - Hvordan får når dere frem til den enkelte pasient?
- Gir dere anbefalinger og eventuelt påminnelser om vaksine til målgrupper?
 - Hvem har ansvaret for å følge opp disse?
 - Er det noen innenfor målgruppene dere ikke når frem til? Har disse individene noen særskilte kjennetegn?
- Er det noen vaksiner det er lettere å anbefale/få opp dekningen på enn andre?
- Hvordan svarer du når du blir spurt til råds i vaksinespørsmål?
- Hva tenker du er årsakene til den noe lave/høye vaksinasjonsdekningen her?
- Kunne rammene rundt vaksinering vært bedre?
 - Hvordan synes du registreringsprosessene av vaksiner i SYSVAK er?
 - Møter du noen utfordringer når du skal registrere vaksiner?

Utfordringer med vaksinering

- Hva tenker du om å møte personer som er usikre på om de vil la seg vaksinere?
- Hva slags barrierer møter dere i arbeidet med å få folk til å ta vaksiner?
- Er det forskjell mellom grupper/typer av pasienter?
- Hvordan møter dere pasienter som ikke ønsker vaksiner?
 - Har du fått opplæring/veiledning i hvordan man best møter pasienter som ikke ønsker vaksiner?
- Hva er vanlige forbehold eller motforestillinger mot vaksiner?
- Hvordan er det for deg som helsepersonell at man nå skal sette inntil 3 vaksiner på samme person samtidig?
- Hvilken rolle spiller praktiske forhold for folks tilbøyelighet til å ta vaksiner?

- Skaper det utfordringer for deg og dine kolleger når det er vaksinesaker/-debatt i media?
- Finnes det lokale grupper som jobber aktivt mot vaksinerings?
- Får du ofte spørsmål utenfor jobben om vaksiner og hvordan forholder du deg til det?

Arbeidsplassen og ellers

- Får du influensavaksine av arbeidsgiveren din?
 - Hvordan får du tilbud om dette?
 - Er det andre vaksiner du får tilbud om?
- Er det tilrettelagt for å benytte seg av tilbudet?
- Tror du de fleste du jobber med tar anbefalte vaksiner?

Vedlegg: samtykkeerklæring 65+



Vil du delta i forskningsprosjektet

"Vaksinering i voksen alder: holdninger og erfaringer blant brukere og vaksinetilbydere"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke holdninger til og erfaringer med vaksiner blant de som vaksineres (brukere) og de som tilbyr vaksinering (vaksinetilbydere). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er ledet av Avdeling for smittevern og vaksine ved Folkehelseinstituttet. Vi jobber med de nasjonale vaksinasjonsprogrammene og ønsker å lære mer om holdninger til vaksiner og erfaringer med det kommunale vaksinetilbudet rundt om i Norge.

Vi vil snakke med representanter for de som jobber med vaksinering (helsepersonell), og med representanter for de som skal bruke vaksinetilbudet (personer i risikogrupper). Vi er nysgjerrige på hva folk tenker om vaksinering – og hva de tenker om de ulike vaksinene som anbefales. Vi vil også gjerne høre om hva som gjør det lettere eller vanskeligere å ta en vaccine. Dette er det viktig å vite noe om fordi vaksiner forebygger sykdom og reduserer omfanget av alvorlig sykdom for mange ulike virus og bakterier. Vaksinetilbudet bør derfor være like tilgjengelig for alle som er anbefalt vaccine.

Prosjektet er utformet som et kvalitativt forskningsprosjekt der vi samler informasjon ved hjelp av intervjuer. Vi ønsker å snakke med personer 65 år eller eldre, da disse anbefales ulike vaksiner på grunn av sin alder. Vi snakker videre gjerne om alle vaksiner, men er særlig interessert i vaksiner mot influensa, korona, pneumokokker og kikhoste.

Hensikten med prosjektet er å finne forbedringspunkter for de nasjonale vaksinasjonsprogrammene. Det vil si at vi ønsker å finne tiltak som kan gjøre vaksineanbefalingene kjent for alle, som gir flest mulig god nok informasjon til å ta informerte valg om vaksinasjon, og som gjør vaccine lett tilgjengelig for alle som ønsker å la seg vaksinere.

Resultatene fra prosjektet skal gjøres tilgjengelig for alle som er interessert i eller jobber med vaksiner rundt om i landet. Det skal skrives en rapport på norsk som legges ut på

Folkehelseinstituttets nettsider mot slutten av året. Vi vil også skrive forskningsartikler på engelsk som gjør resultatene tilgjengelige for interesserte i flere land.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er Folkehelseinstituttet som er ansvarlig for prosjektet, som skal gjennomføres av ansatte ved Avdeling for smittevern og vaksine i samarbeid med ansatte fra Fafo Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har kontaktet 7 norske kommuner, blant annet din. Invitasjonen går ut til kommunens innbyggere som er over 65 år. Vi ønsker å invitere 5-8 personer til en gruppesamtale om vaksiner – og vil derfor gjerne høre fra nettopp deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta blir du invitert til et fokusgruppeintervju med 5-8 andre som vil vare omtrent 1 time. Deltakerne har det til felles at dere er 65 år eller eldre og bor i kommunen. Vi vil gjerne snakke med dere om deres forhold til vaksiner, om dere har blitt anbefalt vaksine, og om det er noe som gjør det lettere/vanskeligere å ta valg om vaksiner. Før gruppesamtalen vil vi også gi dere et anonymt skjema hvor dere fyller ut noen bakgrunnsspørsmål som alder, utdanning og sysselsetting. Grunnen til dette er at vi gjerne vil vite litt om gruppens sammensetning. Det blir tatt lydopptak og notater under intervjuet. Det hentes ingen opplysninger om deg fra noen andre enn deg. Dersom det er noe du ikke vil svare på, lar du bare være å svare.

Du vil i etterkant av intervjuet motta et universalgavekort på kr 300 for å kompensere for eventuelle utgifter du måtte ha i forbindelse med din deltakelse i prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg, og det er ingen andre som får informasjon om din deltakelse eller om du vil trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Prosjektet bruker en sikker datatjeneste fra Universitet i Oslo, Tjenester for sensitive data (TSD: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>) til databehandling.
- Intervjuene foretas av prosjektmedarbeidere fra Fafo og Folkehelseinstituttet.
- Lydopptaket vil etter intervjuet bli transkribert (overført til tekstfiler) og kvalitetssikret av prosjektmedarbeidere og Fafo. Lydfilen slettes straks tekstfilen er kvalitetssikret.
- Tekstfilen inneholder ikke direkte personidentifiserende informasjon som navn eller kontaktinformasjon. I stedet får din tekstfil et løpenummer.
- Tekstfilene vil ikke inneholde informasjon som kan brukes til å finne ut at det er du som er intervjuet, for eksempel vil de ikke inneholde informasjon om kommune.

- En liste som kopler personinformasjon og løpenummer (nøkkelfil) oppbevares adskilt fra tekstfilene, i en egen fil på et separat område på TSD-serveren. Vi trenger kun denne listen for å kunne finne tilbake til ditt intervju om du ønsker å trekke deg fra prosjektet i etterkant.
- Det vil ikke være mulig å identifisere deg i publikasjoner fra prosjektet.

6 ansatte vil ha tilgang til data. Prosjektleder Kjersti M. Rydland fra FHI har det overordnede ansvaret. Birgitte Klüwer og Roger Wikstrøm fra FHI, samt Rebecca Gleditsch, Markus Breines og Beret Bråten fra Fafo vil intervju, transkribere/kvalitetssikre, analysere materialet og skrive rapporten.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet avsluttes innen 31.12.2024. Da slettes også nøkkelfilen, slik at det ikke lenger er mulig å finne tilbake til ditt intervju blant tekstfilene.

Tekstfilene vil etter prosjektslutt lagres i en egen forskningsmappe på FHIs server i inntil 5 år. Dette gjør vi for å kunne skrive, publisere og kontrollere/etterprøve innholdet i forskningsartikler basert på prosjektet. Det vil i denne perioden kun være ansatte fra prosjektgruppen som har og kan gi tilgang til de anonyme tekstfilene for forskningsformål.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Folkehelseinstituttet, ved Kjersti Margrethe Rydland. Hun kan kontaktes ved å ringe til FHI på 21 07 70 00, eller per epost på KjerstiMargrethe.Rydland@fhi.no
- Folkehelseinstituttets personvernombud, på tlf 21 07 70 00, eller per epost, på personvernombud@fhi.no

Med vennlig hilsen

Kjersti M. Rydland
Prosjektansvarlig, FHI

Birgitte Klüwer
Prosjektmedarbeider, FHI

Rebecca Gleditsch
Prosjektmedarbeider, Fafo

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet «*Vaksinering i voksen alder: Faktorer som påvirker tilbud og etterspørsel av vaksiner mot covid-19, influensa, pneumokokker og kikhoste i risikogrupper – holdninger og erfaringer blant brukere og vaksinetilbydere*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju om vaksiner og vaksinasjon av omtrent 1 times varighet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Navn (i blokkbokstaver) og signatur prosjektdeltaker; dato)

Vedlegg: samtykkeerklæring gravide



Vil du delta i forskningsprosjektet

“Vaksinering i voksen alder: holdninger og erfaringer blant brukere og vaksinetilbydere”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke holdninger til og erfaringer med vaksiner blant de som vaksineres (brukere) og de som tilbyr vaksinering (vaksinetilbydere). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er ledet av Avdeling for smittevern og vaksine ved Folkehelseinstituttet. Vi jobber med de nasjonale vaksinasjonsprogrammene og ønsker å lære mer om holdninger til vaksiner og erfaringer med det kommunale vaksinetilbudet rundt om i Norge.

Vi vil snakke med representanter for de som jobber med vaksinering (helsepersonell), og med representanter for de som skal bruke vaksinetilbudet (personer i risikogrupper). Vi er nysgjerrige på hva folk tenker om vaksinering – og hva de tenker om de ulike vaksinene som anbefales. Vi vil også gjerne høre om hva som gjør det lettere eller vanskeligere å ta en vaccine. Dette er det viktig å vite noe om fordi vaksiner forebygger sykdom og reduserer omfanget av alvorlig sykdom for mange ulike virus og bakterier. Vaksinetilbudet bør derfor være like tilgjengelig for alle som er anbefalt vaccine.

Prosjektet er utformet som et kvalitativt forskningsprosjekt der vi samler informasjon ved hjelp av intervjuer. Vi ønsker å snakke med gravide eller personer som nylig har vært gravide, fordi gravide anbefales ulike vaksiner for å beskytte seg selv og det nyfødte barnet. Vi snakker videre gjerne om alle vaksiner, men er særlig interessert i vaksiner mot influensa, korona, pneumokokker og kikhoste.

Hensikten med prosjektet er å finne forbedringspunkter for de nasjonale vaksinasjonsprogrammene. Det vil si at vi ønsker å finne tiltak som kan gjøre vaksineanbefalingene kjent for alle, som gir flest mulig god nok informasjon til å ta informerte valg om vaksinasjon, og som gjør vaccine lett tilgjengelig for alle som ønsker å la seg vaksinere.

Resultatene fra prosjektet skal gjøres tilgjengelig for alle som er interessert i eller jobber med vaksiner rundt om i landet. Det skal skrives en rapport på norsk som legges ut på Folkehelseinstituttets nettsider mot slutten av året. Vi vil også skrive forskningsartikler på engelsk som gjør resultatene tilgjengelige for interesserte i flere land.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er FHI som er ansvarlig for prosjektet, som skal gjennomføres av ansatte ved Avdeling for smittevern og vaksine i samarbeid med ansatte fra Fafo Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har kontaktet 7 norske kommuner, blant annet din. Invitasjonen går ut til alle som er gravide eller nylig har vært gravide og som har benyttet seg av kommunens tilbud knyttet til svangerskap eller spedbarnskontroll. Vi ønsker å invitere 5-8 personer til en gruppesamtale om vaksiner – og vil derfor gjerne høre fra nettopp deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta blir du invitert til et fokusgruppeintervju med 5-8 andre som vil vare omtrent 1 time. Deltakerne har det til felles at dere enten er gravide eller nylig har vært gravide og bor i kommunen. Vi vil gjerne snakke med dere om deres forhold til vaksiner, om dere har blitt anbefalt vaksine, og om det er noe som gjør det lettere/vanskeligere å ta valg om vaksiner. Før gruppesamtalen vil vi også gi dere et anonymt skjema hvor dere fyller ut noen bakgrunnsspørsmål som alder, utdanning og sysselsetting. Grunnen til dette er at vi gjerne vil vite litt om gruppens sammensetning. Det blir tatt lydopptak og notater under intervjuet. Det hentes ingen opplysninger om deg fra noen andre enn deg. Dersom det er noe du ikke vil svare på, lar du bare være å svare.

Du vil i etterkant av intervjuet motta et universalgavekort på kr 300 for å kompensere for eventuelle utgifter du måtte ha i forbindelse med din deltakelse i prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg, og det er ingen andre som får informasjon om din deltakelse eller om du vil trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Prosjektet bruker en sikker datatjeneste fra Universitet i Oslo, Tjenester for sensitive data (TSD: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>) til databehandling.
- Intervjuene foretas av prosjektmedarbeidere fra Fafo og Folkehelseinstituttet.
- Lydopptaket vil etter intervjuet bli transkribert (overført til tekstfiler) og kvalitetssikret av prosjektmedarbeidere og Fafo. Lydfilen slettes straks tekstfilen er kvalitetssikret.
- Tekstfilen inneholder ikke direkte personidentifiserende informasjon som navn eller kontaktinformasjon. I stedet får din tekstfil et løpenummer.

- Tekstfilene vil ikke inneholde informasjon som kan brukes til å finne ut at det er du som er intervjuet, for eksempel vil de ikke inneholde informasjon om kommune.
- En liste som kopler personinformasjon og løpenummer (nøkkelfil) oppbevares adskilt fra tekstfilene, i en egen fil på et separat område på TSD-serveren. Vi trenger kun denne listen for å kunne finne tilbake til ditt intervju om du ønsker å trekke deg fra prosjektet i etterkant.
- Det vil ikke være mulig å identifisere deg i publikasjoner fra prosjektet.

6 ansatte vil ha tilgang til data. Prosjektleder Kjersti M. Rydland fra FHI har det overordnede ansvaret. Birgitte Klüwer og Roger Wikstrøm fra FHI, samt Rebecca Gleditsch, Markus Breines og Beret Bråten fra Fafo vil intervju, transkribere/kvalitetssikre, analysere materialet og skrive rapporten.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet avsluttes innen 31.12.2024. Da slettes også nøkkelfilen, slik at det ikke lenger er mulig å finne tilbake til ditt intervju blant tekstfilene.

Tekstfilene vil etter prosjektslutt lagres i en egen forskningsmappe på FHIs server i inntil 5 år. Dette gjør vi for å kunne skrive, publisere og kontrollere/etterprøve innholdet i forskningsartikler basert på prosjektet. Det vil i denne perioden kun være ansatte fra prosjektgruppen som har og kan gi tilgang til de anonyme tekstfilene for forskningsformål.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Folkehelseinstituttet, ved Kjersti Margrethe Rydland. Hun kan kontaktes ved å ringe til FHI på 21 07 70 00, eller per epost på KjerstiMargrethe.Rydland@fhi.no
- Folkehelseinstituttets personvernombud, på tlf 21 07 70 00, eller per epost, på personvernombud@fhi.no

Med vennlig hilsen

Kjersti M. Rydland
Prosjektansvarlig, FHI

Birgitte Klüwer
Prosjektmedarbeider, FHI

Rebecca Gleditsch
Prosjektmedarbeider, Fafo

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet «*Vaksinering i voksen alder: Faktorer som påvirker tilbud og etterspørsel av vaksiner mot covid-19, influensa, pneumokokker og kikhoste i risikogrupper – holdninger og erfaringer blant brukere og vaksinetilbydere*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju om vaksiner og vaksinasjon av omtrent 1 times varighet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Navn (i blokkbokstaver) og signatur prosjektdeltaker; dato)

Vedlegg: samtykkeerklæring helsepersonell



Vil du delta i forskningsprosjektet

“Vaksinering i voksen alder: holdninger og erfaringer blant brukere og vaksinetilbydere”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke holdninger til og erfaringer med vaksiner blant de som vaksineres (brukere) og de som tilbyr vaksinering (vaksinetilbydere). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er ledet av Avdeling for smittevern og vaksine ved Folkehelseinstituttet. Vi jobber med de nasjonale vaksinasjonsprogrammene og ønsker å lære mer om holdninger til vaksiner og erfaringer med det kommunale vaksinetilbudet rundt om i Norge.

Vi vil snakke med representanter for de som jobber med vaksinering (helsepersonell), og med representanter for de som skal bruke vaksinetilbudet (personer i risikogrupper). I begge grupper er vi nysgjerrige på hva folk tenker om vaksinering og hva de tenker om de ulike vaksinene som anbefales. Vi vil gjerne høre om det er noe som gjør det lettere eller vanskeligere å drive vaksinasjonsarbeid, og hva som gjør det lettere eller vanskeligere å ta en vaksine. Dette er det viktig å vite noe om fordi vaksiner forebygger sykdom og reduserer omfanget av alvorlig sykdom for mange ulike virus og bakterier. Vaksinetilbudet bør derfor være like tilgjengelig for alle som er anbefalt vaksine.

Prosjektet er utformet som et kvalitativt forskningsprosjekt der vi samler informasjon ved hjelp av intervjuer. Helsepersonell involvert i kommunens vaksinasjonsarbeid inviteres til intervju én og én.

Hensikten med prosjektet er å finne forbedringspunkter for de nasjonale vaksinasjonsprogrammene. Det vil si at vi ønsker å finne tiltak som kan gjøre vaksineanbefalingene kjent for alle, som gir flest mulig god nok informasjon til å ta informerte valg om vaksinasjon, og som gjør vaksine lett tilgjengelig for alle som ønsker å la seg vaksinere.

Resultatene fra prosjektet skal gjøres tilgjengelig for alle som er interessert i eller jobber med vaksiner rundt om i landet. Det skal skrives en rapport på norsk som legges ut på

Folkehelseinstituttets nettsider mot slutten av året. Vi vil også skrive forskningsartikler på engelsk som gjør resultatene tilgjengelige for interesserte i flere land.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er Folkehelseinstituttet som er ansvarlig for prosjektet, som skal gjennomføres av ansatte ved Avdeling for smittevern og vaksine i samarbeid med ansatte fra Fafo Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har kontaktet 6 norske kommuner for å spørre dem om vi kan gjennomføre intervjuer med deres ansatte som er involvert i vaksinasjonsarbeid. Din kommune har sagt ja til å hjelpe oss med rekruttering.

Invitasjonen går ut til arbeidsplasser tilknyttet kommunens vaksinasjonsarbeid. Vi ønsker å snakke med ansatte som jobber med vaksiner, enten arbeidet er av mer overordnet, organisatorisk art, eller om det er pasientnært arbeid som også inkluderer det å sette vaksiner.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta blir du invitert til et intervju som varer omtrent 1 time. Vi vil gjerne vite litt om hvem du er (alder, kjønn, arbeidssted, yrke/stilling), ditt forhold til vaksiner for egen del, din rolle i vaksinasjonsarbeidet og hva du mener gjør det lettere/vanskeligere å få vaksinert folk i din kommune. Vi vil også gjerne høre dine erfaringer om det å formidle vaksineanbefalinger og -kunnskap til pasienter og brukere, og hva du mener bør gjøres for å opprettholde eller bedre vaksinasjonsdekningen blant risikogrupper i kommunen. Det blir tatt lydopptak og notater under intervjuet. Det hentes ingen opplysninger om deg fra noen andre enn deg. Dersom det er noe du ikke vil svare på, lar du bare være å svare.

Du vil i etterkant av intervjuet motta et universalgavekort på kr 300 for å kompensere for eventuelle utgifter du måtte ha i forbindelse med din deltakelse i prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg, og det er ingen andre som får informasjon om din deltakelse eller om du vil trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Prosjektet bruker en sikker datatjeneste fra Universitet i Oslo, Tjenester for sensitive data (TSD: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>) til databehandling.
- Intervjuene foretas av prosjektmedarbeidere fra Fafo og Folkehelseinstituttet.
- Lydopptaket vil etter intervjuet bli transkribert (overført til tekstfiler) og kvalitetssikret av prosjektmedarbeidere og Fafo. Lydfilen slettes straks tekstfilen er kvalitetssikret.

- Tekstfilen inneholder ikke direkte personidentifiserende informasjon som navn eller kontaktinformasjon. I stedet får din tekstfil et løpenummer.
- Tekstfilene vil ikke inneholde informasjon som kan brukes til å finne ut at det er du som er intervjuet, for eksempel vil de ikke inneholde informasjon om kommune.
- En liste som kopler personinformasjon og løpenummer (nøkkelfil) oppbevares adskilt fra tekstfilene, i en egen fil på et separat område på TSD-serveren. Vi trenger kun denne listen for å kunne finne tilbake til ditt intervju om du ønsker å trekke deg fra prosjektet i etterkant.
- Det vil ikke være mulig å identifisere deg i publikasjoner fra prosjektet.

5 ansatte vil ha tilgang til data. Prosjektleder Kjersti M. Rydland fra FHI har det overordnede ansvaret. Birgitte Klüwer fra FHI, samt Rebecca Gleditsch, Marcus Roos Breines og Beret Bråten fra Fafo vil gjennomføre intervjuer, transkribere/kvalitetssikre, analysere materialet og skrive rapporten.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet avsluttes innen 31.12.2024. Da slettes også nøkkelfilen, slik at det ikke lenger er mulig å finne tilbake til ditt intervju blant tekstfilene.

Tekstfilene vil etter prosjektslutt lagres i en egen forskningsmappe på FHIs server i inntil 5 år. Dette gjør vi for å kunne skrive, publisere og kontrollere/etterprøve innholdet i forskningsartikler basert på prosjektet. Det vil i denne perioden kun være ansatte fra prosjektgruppen som har og kan gi tilgang til de anonyme tekstfilene for forskningsformål.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Folkehelseinstituttet, ved Kjersti Margrethe Rydland. Hun kan kontaktes ved å ringe til FHI på 21 07 70 00, eller per epost på KjerstiMargrethe.Rydland@fhi.no
- Folkehelseinstituttets personvernombud, på tlf 21 07 70 00, eller per epost, på personvernombud@fhi.no

Med vennlig hilsen

Kjersti M. Rydland
Prosjektansvarlig, FHI

Birgitte Klüwer
Prosjektmedarbeider, FHI

Rebecca Gleditsch
Prosjektmedarbeider, Fafo

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet «*Vaksinering i voksen alder: Faktorer som påvirker tilbud og etterspørsel av vaksiner mot covid-19, influensa, pneumokokker og kikhoste i risikogrupper – holdninger og erfaringer blant brukere og vaksinetilbydere*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju om vaksiner og vaksinasjon av omtrent 1 times varighet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Navn (i blokkbokstaver) og signatur prosjektdeltaker; dato)

Fafo

Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning

Borggata 2B, Oslo

Postboks 2947 Tøyen, 0608 Oslo

Sentralbord: 22 08 85 00

E-post: fafo@fafo.no

fafo.no