**Prosjektoppgave i Infrastruktur og sårbarhet (SAM500)**

**Våren 2019**

**Universitetet i Stavanger**

**I FORSVAR MOT MESLINGER**

 Hvordan sikrer Stavanger kommune 95 prosent dekningsgrad for vaksinasjon av meslinger, i tråd med nasjonale retningslinjer?



Kandidater
6513
6511
6515
6532
6547
6541

# Forord

Etter noen spennende måneder med prosjektarbeid er vi i mål med prosjektoppgaven. Det har vært en lærerik prosess, som har gitt oss masse ny kunnskap og nyttige erfaringer som vi vil ta med oss videre inn mot arbeidet med masteroppgaven.

Vi vil gjerne rette en stor takk til informantene våre i Stavanger kommune. Alle som fikk forespørsel stilte velvillige opp til intervju, og var engasjerte både problemstillingen vår og i temaet generelt. Dette ga en ekstra motivasjon for oss, og bidro til at vi fikk ha mange interessante samtaler. Takk til dere som delte av kunnskapen deres, og ga oss et viktig innblikk i deres tanker og arbeidsoppgaver.

Tusen takk til Ove Njå, som har vært vår veileder gjennom hele prosjektet. Takk for at du har brukt så mye av din tid, for at du har vært engasjert og grundig, for at du alltid har vært tilgjengelig for spørsmål, og for at du har kommet med mange nyttige innspill. Du har også utfordret oss til tider, og det setter vi pris på. Selv om vi har vært innom både forvirring og frustrasjon, så har det bidratt til å gjøre oppgaven vår bedre. Det er sånn vi lærer!

Tusen takk til Geir Sverre Braut, som har vært en god ressurs for oss når det kommer til det helsefaglige. Takk for at vi har fått låne litt av din kunnskap. Du har vært tilgjengelig for spørsmål gjennom hele semesteret, og alltid svart grundig på de spørsmålene vi har hatt. Vi føler aldri at vi maser når vi sender deg en mail eller kommer bort i pausene, og det setter vi stor pris på!

Stavanger, 20.04.19

#

Innhold

[1.0 Innledning 3](#_Toc7048449)

[1.1 Bakgrunn 3](#_Toc7048450)

[1. 2 Problemstilling 4](#_Toc7048451)

[2. Systembeskrivelse 6](#_Toc7048452)

[3. Teori 10](#_Toc7048453)

[3.1 Sikkerhetsstyring 10](#_Toc7048454)

[3.1.1 Mål og rammebetingelser 11](#_Toc7048455)

[3.1.2 Virkemidler 12](#_Toc7048456)

[3.2 Barrierer og barrierestyring 14](#_Toc7048457)

[3.2.1 Barrierer 14](#_Toc7048458)

[3.2.2 Barrierestyring 16](#_Toc7048459)

[4. Metode 17](#_Toc7048460)

[4.1 Valg av metode 17](#_Toc7048461)

[4.3 Valg av informanter 18](#_Toc7048462)

[4.4 Gjennomføring av intervjuene 19](#_Toc7048463)

[5. Resultater 20](#_Toc7048464)

[5.1 Trusselbilde 20](#_Toc7048465)

[5.2 Mål og målforståelse i henhold til vaksinering 21](#_Toc7048466)

[5.3 Rammebetingelser for vaksinasjonsarbeidet 22](#_Toc7048467)

[5.4 Virkemidler 24](#_Toc7048468)

[5.4.1 Informasjonstiltak 24](#_Toc7048469)

[5.4.2 Rapportering og overvåking 28](#_Toc7048470)

[5.5 Barrierer og barrierestyring 29](#_Toc7048471)

[5.6 Muligheter for brudd i systemet 29](#_Toc7048472)

[6. Diskusjon 32](#_Toc7048473)

[6.1 Sikkerhetsstyringen i Stavanger kommune 32](#_Toc7048474)

[6.2 Etablerte barrierer og barrierestyring i Stavanger kommune 35](#_Toc7048475)

[6.3 Lommer og risikoutsatte grupper 38](#_Toc7048476)

[7. Konklusjon 40](#_Toc7048477)

[7.1 Videre forskning 41](#_Toc7048478)

[8. Litteratur 42](#_Toc7048479)

**VEDLEGG**

VEDLEGG 1: Oversikt over vaksinasjonsprogrammet

VEDLEGG 2: Intervjuguide - helsesykepleier

VEDLEGG 3: Intervjuguide - Smittevernoverlege

VEDLEGG 4: Intervjuguide - Fagkonsulent

VEDLEGG 5: Intervjuguide - Spesialrådgiver

VEDLEGG 6: Rammebetingelser

# Innledning

# 1.1 Bakgrunn

Samfunnet er i stadig endring og møter på nye utfordringer som kan true kritiske samfunnsfunksjoner. Utbrudd av smittsomme sykdommer ligger ifølge risikoanalyser gjort av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) øverst på listen over hendelser som utgjør en trussel mot samfunnssikkerheten (DSB, 2016). Meslinger er en sykdom som i mange år har vært under kontroll, og man har sett på den som nærmest utryddet i de fleste vestlige land. I senere tid har endrede reisevaner og økt innvandring ført til at meslinger har blusset opp igjen flere steder i Europa, også i Norge i begynnelsen av 2019.

Barnevaksinasjonsprogrammet inneholder vaksiner som skal hindre sykdommer i å spre seg, og dermed minske trusselen mot folkehelsen. Meslinger er en av barnesykdommene det tilbys vaksine mot. Det er frivillig å vaksinere seg, og foreldre bestemmer på vegne av sine barn om de ønsker å følge vaksinasjonsprogrammet eller ikke. Det er kommunen sitt ansvar å tilby vaksine, og helsesykepleiere har ansvar for å utføre selve vaksinasjonen. Ettersom det ikke er et krav å ta vaksinen kan det oppstå et gap mellom vaksinasjonstilbudet og det å sikre at barn faktisk får vaksinen. Derfor skal kommunene også gi nødvendig informasjon om vaksiner slik at foreldrene kan ta gjennomtenkte valg (Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, 2017, § 2).

Alle tiltak innen folkehelse har som formål å verne om befolkningens liv og helse gjennom forebygging av sykdom og skade. I et fungerende samfunn har ulike aktører forskjellige roller for å fremme samfunnets velferd og dekke samfunnsbehovet etter beste evne. Det er derfor viktig at de ulike aktørene oppfyller de krav og tiltak de står ansvarlige for. Aktørene innenfor folkehelse omfatter blant annet smittevern, miljørettet helsevern og mattrygghet. De skal holde en oversikt over risikofaktorer, redusere sårbarhet for utbrudd og hendelser og varsle tidlig. Ved utbrudd skal det dannes et situasjonsbilde med vurdering av konsekvensene. Videre skal passende tiltak igangsettes (DSB, 2016, s.54).

Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler å nå en vaksinasjonsdekning på 95 prosent for de landene og områdene som har et mål om å eliminere og forebygge utbredelsen av meslinger. Det vil si at 95 prosent av befolkningen skal være vaksinert. For å hindre at en populasjon er mottakelig for viruset, vil det være essensielt å opprettholde denne dekningsgraden. Dette gjør vaksinasjon av meslinger til en kritisk samfunnsfunksjon innenfor folkehelse. Selv om vaksinen er frivillig, er vi som samfunn avhengige av at de aller fleste av oss velger å ta den. Vaksinering mot meslinger og andre sykdommer er en funksjonsevne samfunnet til enhver tid må opprettholde for at flokkimmuniteten skal kunne fungere som en barriere mot virus og sykdommer (DSB, 2016, s. 12). Meslinger er fortsatt en stor trussel på verdensbasis, og en årsak til mange dødsfall i land hvor infrastrukturen og helsetilbudet er manglende (WHO, 2017, s. 207-220).

Prosjektgruppen ønsker å finne ut hvordan en norsk kommune forholder seg til den overordnede målsettingen på 95 prosent vaksinasjonsdekning for meslinger. Undersøkelsene har blitt gjort i Stavanger kommune, blant annet fordi denne kommunen har mange innbyggere med flere nasjonaliteter i tillegg til stor offshorevirksomhet. Stavanger kommune hadde en vaksinasjonsdekning for meslinger på 94,5 prosent i 2016. Selv om de ligger nært opp mot måltallet, ligger de under den anbefalte dekningsgraden (FHI, 2017). Dette gjorde oss nysgjerrige på hvilke tanker de ansvarlige i kommunen har rundt hva som er årsaken til at de ligger under målsettingen, hvilke vurderinger og tiltak de gjør for å nå målet og hva de tenker om sin rolle for å bidra til en overordnet nasjonal målsetting. I helse- og omsorgstjenesteloven (2019) §3-1 står det at det er kommunens ansvar å “sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester”. I tillegg til loven står det i forskriften om nasjonalt vaksinasjonsprogram (2017) §2 at “kommunen skal tilby og gjennomføre vaksinering mot smittsomme sykdommer. Befolkningen skal gis nødvendig informasjon om vaksinasjonsprogrammet og kommunens gjennomføring av dette”. Stavanger kommune plikter som en følge av lovene å arbeide aktivt med å gjennomføre vaksinering og informasjonskampanjer for å tilfredsstille lovkravene.

## 1. 2 Problemstilling

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan Stavanger kommune jobber med forsvar mot utbrudd av meslinger. Problemstillingen er formulert slik;

*Hvordan sikrer Stavanger kommune 95 prosent dekningsgrad for vaksinasjon av meslinger, i tråd med nasjonale retningslinjer?*

Med bakgrunn i problemstillingen er målet å se hvordan Stavanger kommune sikrer dette gjennom en risikobasert tilnærming. Problemstillingen suppleres derfor ved å undersøke følgende forskningsspørsmål:

1. I hvilken grad blir risikobasert styring brukt i arbeidet med å opprettholde vaksinasjonsdekningen på 95 prosent?

2. Hva gjøres dersom dekningsgraden faller under kriteriene?

3. Hvordan er ansvaret for forebygging og beredskap fordelt mellom de ulike aktørene i systemet?

Forskningsspørsmålene er valgt med hensyn til meslingers kritiske og svært smittsomme karakter ved manglende barrierer og virkemidler. Dette er presisert gjennom både internasjonale og nasjonale målsetninger om å opprettholde en høy vaksinasjonsdekning for å kunne bekjempe sykdommen.

#

# 2. Systembeskrivelse

Systemet beskriver Stavanger kommunes interaksjon med andre aktører involvert i arbeidet med å sikre dekningsgraden for meslinger på 95 prosent.

****

*Figur 1 Oversikt over Stavanger kommune sin interaksjon med aktører i vaksinasjonssystemet*

Figur 1 viser hvordan informasjonsflyten sirkulerer mellom de ulike aktørene i det definerte systemet som helhet. For at systemet skal fungere optimalt bør informasjonsflyten på høyre side av systemet fungere fra Helse- og omsorgsdepartementet på toppen, og ned til helsestasjonen som leverer tjenesten til befolkningen. Spesielt viktig vil det være at Stavanger kommune forholder seg til de rammer og retningslinjer de blir pålagt, at de videreformidler dette til helsestasjonene og helsesykepleierne, og legger klare føringer for hvordan vaksinasjonsarbeidet skal utføres. I tillegg er det viktig at helsesykepleierne rapporterer tilbake dersom det er behov, for eksempel hvis de opplever at færre vaksinerer seg. Stavanger kommune har da mulighet til å håndtere dette på et høyere nivå, dersom de ikke har mulighet til å håndtere utfordringen på lokalt nivå, som i utgangspunktet er ønskelig. De kan involvere kommunens beredskapsavdeling, kommunens smittevernoverlege eller helsedirektoratet, som da eventuelt kan legge nye føringer for å unngå en kritisk situasjon hvor et meslingutbrudd vil kunne oppstå.

Systemet som helhet forstås på følgende måte:

Øverst ligger Helse- og omsorgsdepartementet, som har det overordnede ansvaret for gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Helsedirektoratet har rolle som fag- og myndighetsorgan og skal drive faglig rådgiving, iverksette vedtatt helsepolitikk og forvalte lov og regelverk innen helsesektoren. Helsedirektoratet utarbeider rammene for helsearbeidet, mens Folkehelseinstituttet har ansvar for at bestemmelsene blir videreført. Folkehelseinstituttet har også ansvar i form av å blant annet utarbeide prosedyrer og retningslinjer som helsedirektoratet vedtar. Folkehelseinstituttet oppsummerer og videreformidler kunnskap om forebyggende helsearbeid og smittevern. Kunnskapen utvikles enten via forskning eller ved oppsummering av informasjon fra de som utøver helsetjenestene. Å utarbeide faglige råd om omfang og innhold i barnevaksinasjonsprogrammet er en del av Folkehelseinstituttets ansvar. Helse- og omsorgsdepartementet forskriftsfester innbyggernes rett til å bli vaksinert, og kommunenes plikt til å gjennomføre vaksinering. Helsesykepleiere ved helsestasjonene har ansvar for å informere foreldrene om vaksinasjonsprogrammet, og å sette vaksinen på barna som følges opp under hver enkelt helsesykepleier.

Når barn blir født har den aktuelle fødeavdelingen ansvar for å melde alle fødsler til Folkehelseinstituttet ved Medisinsk fødselsregister (FHI, 2018). Den medisinske fødselsregisterforskriften (2019, §2-1) regulerer helsepersonells dokumentasjon- og meldeplikt til å registrere blant annet fødsler inn til dette registeret. På denne måten får helsestasjonene opplysninger om nye foreldre og barn som skal følges opp. Alle barn får tilbud om vaksine mot meslinger. Vaksinen skal tas to ganger for å oppnå full beskyttelse, når de er 15 måneder og på sjette klassetrinn (cirka 11 år). Dersom tilbudet om vaksinasjon blir avslått er det helsesykepleierens ansvar å informere om anbefalingene fra Folkehelseinstituttet. Vaksinen mot meslinger inngår i en kombinasjonsvaksine sammen med kusma og røde hunder som har forkortelsen MMR (FHI, 2019). Vaksinasjon kan også gjennomføres på eget initiativ ved et senere tidspunkt, dersom en ikke har tatt vaksinene gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Da må en selv oppsøke og organisere dette.

Alle helseenheter skal sende inn oversikt over registrerte vaksinasjoner til SYSVAK. SYSVAK er et nasjonalt vaksinasjonsregister som skal holde oversikten over vaksinasjonsdekningen i hele landet, og for den enkelte som har tatt vaksinen (FHI, 2018). Dette vises i figur 1 ved at det både er kommunikasjon nedover fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet som sier noe om kravene til hva som skal gjøres, og oppover fra helsestasjonene og kommunen som melder fra om status knyttet til vaksinasjonsarbeidet. Folkehelseinstituttet kvalitetssikrer sine tall ved å opprettholde en tett dialog med landets kommuner og helsestasjoner.



*Figur 2: Aktører tilknyttet vaksinasjonssystemet i Stavanger kommune*

Figur 2 viser en mer detaljert beskrivelse av aktørene som er sentrale for gjennomføringen av barnevaksinasjonsprogrammet i Stavanger kommune. Kommunen har seks helsestasjoner som utfører barnevaksinasjonsprogrammet med MMR-vaksinen. Som figur 2 viser har Stavanger kommune det ledende ansvaret for å tilby vaksinasjon til befolkningen. I praksis er det helsestasjonene som har det utøvende ansvaret. Kommunen ser på utførelsen av vaksinasjonen som et linjeansvar, og overlater dette ansvaret fullt og helt til helsestasjonene, så lenge vi befinner oss i en normaltilstand. Hver enkelt helsestasjon og hver enkelt helsesykepleier står relativt fritt til å organisere dette slik de selv ønsker, så lenge de forholder seg til overordnede krav om når vaksinasjonen skal gjennomføres, med tanke på barnets alder.

Helsesykepleiere er leddet mellom Stavanger kommune og befolkningen. Ansvaret til helsesykepleier er å bidra med informasjon til innbyggerne angående vaksinasjonsprogrammet, utførelse av vaksinasjon og rapportering i SYSVAK. Helseberedskapsloven (2000, §2-2) regulerer bestemmelsene om at kommuner, fylkeskommuner og helseforetak er pliktig til å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene de har ansvaret for. I Stavanger foreligger det en plan for helsemessig- og sosial beredskap, som blant annet identifiserer og beskriver hendelser som pandemi og epidemi. Denne planen er skrevet som en overordnet plan for kommunens helsetjenester.

#

# 3. Teori

Norge skal forebygge utbredelse av smittsomme sykdommer. Med dette falt valget på sikkerhetsstyring og barrierestyring som teorier, da disse viser to ulike måter å sikre kritiske samfunnsfunksjoner og infrastruktur på innenfor risikobasert styring i et risikoperspektiv. Sikkerhetsstyring viser til tiltak og virkemidler for å overvåke vaksinasjon som funksjon. Det ble valgt å vise til dette ved bruk av modellen for sikkerhetsstyring. Barrierestyring omhandler de tiltak som kan stoppe utviklingen av uønskede hendelser. Slike tiltak er vist til ved bruk av teorien om forsvar-i-dybden. Disse ble videre brukt for å se på hvordan sikringen av dekningsgraden i Stavanger kommune ble utført.

## 3.1 Sikkerhetsstyring

Styring handler i stor grad om å “fastsette mål, utforme tiltak eller virkemidler og “overvåke” den praktiske gjennomføringen” (Aven, Boyesen, Njå, Olsen & Sandve, 2004, s. 36). Det fremkommer av de nasjonale retningslinjene hvordan ulike tiltak og virkemidler skal være med på å holde Norge fritt for allmenfarlige sykdommer, samt overvåkningstiltak i form av SYSVAK og helseenheters plikt til å overvåke og igangsette tiltak ved tilfeller som kan true befolkningens helse. Den praktiske gjennomføringen av vaksinering er ivaretatt av kommunene, derfor er det viktig at kommunene også forvalter og begrenser muligheter for utbrudd av farlige sykdommer. Dette kan ses i sammenheng med prinsippet om at den virksomhet som har ansvar for en aktivitet “..også har ansvar for nødvendige skadeforebyggende tiltak, beredskapsforberedelser og iverksetting av tiltak i kriser og krig”. Kommunene har gjennom nasjonale retningslinjer plikt til å ta ansvar for sikkerhets- og beredskapsarbeidet knyttet til planlegging og gjennomføring av tilbud til befolkningen. De har med andre ord ansvar for å styre og forvalte risiko som er tilstede innenfor den gitte sektoren (Aven et al, 2004, s.44-45).

I følge Aven et al. (2004) viser sikkerhetsstyringen til en kontinuerlig prosess og aktivitet bestående av sentrale elementer som vil være viktig i arbeidet med styringsprosessen. Sikkerhetsstyring blir her definert som “alle tiltak som iverksettes for å oppnå, opprettholde og videreutvikle et sikkerhetsnivå i overensstemmelse med definerte mål” (Aven et al, 2004, s. 67). Styringsprosessen beskriver hvordan man utarbeider mål som svar på situasjonen som skal analyseres, og hvordan kontinuerlig arbeid og evaluering av valgte virkemidler legger føringer på hvordan den gitte situasjonen håndteres.



*Figur 3: Modell for sikkerhetsstyring jf. Aven et al., 2004, s. 68.*

I modellen for sikkerhetsstyring, vist i figur 3, står trusselbilde plassert i midten, som illustrerer at det er behov for tilnærminger for å kunne håndtere og reduserer faren bildet representerer. Valg av mål, virkemidler og rammebetingelser vil komme som et svar på hvordan dette bildet ser ut.

### 3.1.1 Mål og rammebetingelser

Av nasjonale retningslinjer fremkommer det overordnede mål, som i stor grad er å holde befolkningen frisk, og at alle har samme helsetilbud (Smittevernloven, 1994, § 1-1). Det fremkommer også av smittevernloven at Norge skal være fritt for allmenfarlig smittsomme sykdommer. Dette er mål som påvirker arbeidet til aktører videre nedover i hierarkiet. Målet illustrerer hva som jobbes mot, hva som anses som suksess og hva eventuelle resultater skal måles mot (Aven et al, 2004, s. 70-71).

Virkemidler blir så utarbeidet for å nå de enkelte målene, og alt dette må skje innenfor gitte rammebetingelser. Virkemidler og rammebetingelser varierer ut i fra hvem de er utarbeidet av, og hvem de er ment å gjelde for. Dette kan illustreres ved at lover utarbeidet av nasjonale organer er og blir et virkemiddel for de å nå det overordnede målet. De samme virkemidlene kan bli oppfattet som rammebetingelsene for de som skal handle i tråd med beslutningene. I tillegg til at lover fremskaffet av nasjonale myndigheter i mange tilfeller vil fungere som rammebetingelser på lavere nivå, vil også de nasjonale myndighetene ha noen rammebetingelser de må arbeide innenfor. Disse kan blant annet bestemmes av befolkningen ved folkeopinion, eller internasjonale retningslinjer. At vaksinasjon skal være frivillig illustrerer hvordan befolkningen er med på å sette rammebetingelser for hvordan nasjonale myndigheter utformer gjeldende mål og lover (Aven et al, 2004, s. 68-69).

I forbindelse med sikkerhetsstyring hvor risiko håndteres, vil også kriterier for den akseptable mengden risiko i en gitt situasjon eller fase være med på å forme styringsarbeidet. Disse kriteriene refereres til som risikoakseptkriterier og “utgjør en referanse ved vurdering av løsninger og tiltak” (Aven et al, 2004, s. 72).

3.1.2 Virkemidler

I følge Aven et al. (2004) viser virkemidler til styringsredskaper for sikkerhetsstyring. Det dreier seg om evnen til å kunne styre og håndtere risiko.

Ulike former for krav er virkemidler når de utformes for å håndtere og styre risikoen ved en aktivitet, dette kan eksempelvis være krav til dokumentasjon. Blant helsepersonell og helseenheter gjenspeiles dette i plikten de har til å rapportere inn tilfeller av observerte tilfeller allmenfarlige sykdommer. Aven et al. (2004) viser til krav som enten er styringsbaserte, risikobaserte eller deterministiske. Den første grupperingen viser til styringen og organisering av aktiviteten eller virksomheten, mens den andre legger vekt på metoder for å analysere og identifisere risiko. Den siste gruppen består av konkrete og operasjonelle krav for fysiske omgivelser. I tillegg til disse har i senere tid også funksjonelle krav for sikkerhetsstyring blitt vektlagt når de kommer i konflikt med verdier i samfunnet. Disse kravene peker på hva som må gjøres for å nå de satte målene, og endres i takt med tilføring av ny kunnskap (Aven et al, 2004, s. 74).

Organisering, styring og ledelse vil også være virkemidler under ledelsesstrukturen i en virksomhet, og virksomheten kan i tillegg sikte på stimulering av atferd i forhold til sikkerhetsaspekter. Kunnskapsinnhenting et viktig virkemiddel som igjen påvirker valget av de øvrige virkemidlene. Det handler om å innhente god og riktig kunnskap, som gjør at sikkerhetsarbeidet samsvarer med andre verdier i og utenfor virksomheten. Kunnskapsinnhenting omfatter “metoder for å kartlegge og beskrive situasjonen og “godheten” av et system eller en aktivitet” (Aven et al, 2004, s. 76). Kartleggingsredskaper og analyse som kunnskapsinnhenting benyttes ofte når det er fastsatte mål og krav som kan brukes i analyseprosessen. Disse består blant annet av risiko og sårbarhetsanalyse, ytelsesanalyse av beredskapssystemer (barrierer), nytte-/kostnadsanalyser, konsekvensanalyser og konsekvensutredninger (Aven et al, 2004, s. 75-76).

Et annet virkemiddel i sikkerhetsstyringen omhandler implementeringen og bruken av tiltak og løsninger. Dette illustrerer hvordan sikkerhet og beredskap implementeres i organisasjonen, og lener seg på bruk av erfaring og kunnskap. Sikkerhetsløsninger kan bli håndtert, og barrierer kan bli lagt som en del av styringsarbeidet for å hindre ulykker og uønskede hendelser. Det kan også implementeres som mål om å redusere konsekvensene om en ulykke skulle forekomme. Sikkerhet- og beredskapsperspektiver kan deles inn i to hovedretninger. Den ene sikter til bransjer og organisasjoner hvor personell som i hovedsak har andre hovedoppgaver også arbeider med sikkerhet og beredskap. Arbeidet her blir ofte fragmentert, og det er vanskeligere å se helheten. Den andre retningen peker på bransjer og organisasjoner hvor man har personell som spesifikt arbeider med sikkerhet og beredskap, og deretter implementerer dette i andre områder i organisasjoner. Tiltak og løsninger deles inn i tekniske tiltak, organisatoriske tiltak og operasjonelle tiltak. Tekniske tiltak inneholder både passive og aktive former for beskyttelse, mens organisatoriske tiltak referer til egenskaper ved personell og organisering av den aktuelle virksomheten. Operasjonelle tiltak viser til systemer og rutiner for sikring av blant annet kvalitet, vedlikehold og overvåkning (Aven et al, 2004, s. 77-80).

To av virkemidlene som vektlegges sterkt i både nasjonale og kommunale retningslinjer i arbeidet med vaksinering er kunnskap og riktig informasjon. For at kunnskap og informasjon skal kunne komme frem og bli forstått av mottakere, vil retorikk også her spille en sentral rolle som et virkemiddel i informasjonsspredningen.

Retorikk handler om å få frem det overbevisende i alle saker man fører, og omhandler både den som taler, hva det tales om, og hvem det tales til, og i dagens samfunn innebærer dette også bilder, skriftlige tekster og andre virkemidler. Retorikk kan brukes aktivt for å få mottakeren over på din sine.

Det er tre elementer som må ligge til grunn dersom en skal lykkes med sin retorikk. Ethos, pathos og logos. Ethos handler om å oppfattes som troverdig og tillitsvekkende. Pathos handler om å få lytteren i en sinnsstemning som medfører sympati med taleren og hans budskap, og logos omhandler selve saksforholdet. Her skal overbevisningsgraden ligge i talerens saksargumenter (Olsen, 2012, s. 6). Kjeldsen (2014) trekker også frem tre funksjoner taleren må utfylle for å overbevise; Belære, behage og bevege. Det er allikevel ikke sikkert at man greier å overbevise motparten selv om en oppfyller disse kravene. Budskapet blir tolket og omtolket av ulike mottakergrupper, og disse vil legge ulik mening inn i det som blir sagt. Senderen kan aldri være sikker på at mottakerne deler de samme kodene som budskapet bygger på, eller at budskapet blir riktig avkodet. Det er heller ikke sikkert de vil sette utsagnet i den konteksten som var tilsiktet, noe som kan føre til misforståelser mellom avsender og mottaker (Heradstveit & Bjørgo, 1992, s. 59).

3.2 Barrierer og barrierestyring

## 3.2.1 Barrierer

Petroleumstilsynet (2009) definerer barrierer som: “tekniske, operasjonelle og organisatoriske tiltak som hver for seg, eller i samspill, skal hindre eller bryte spesifiserte uønskede hendelsesforløp. Barrierer kan være både sannsynlighetsreduserende og konsekvensreduserende.” Sannsynlighetsreduserende barrierer skal hindre at den uønskede hendelsen skjer. Konsekvensreduserende barrierer er ment å minimere konsekvensene etter at den uønskede hendelsen har inntruffet. Barrierer forstås med andre ord som tiltak for å gjenvinne kontroll, samt å redusere konsekvensene av den uønskede hendelsen.

Reason (1997) beskriver et forsvar-i-dybden hvor det skilles mellom “harde” og “myke” barrierer. Harde barrierer kan være automatiserte sikkerhetstiltak, fysiske barrierer, vaksinasjon, isolasjon og personlig verneutstyr. Myke barrierer er slik Reason beskriver det en avhengighet mellom papir og menneske. Det er anbefalte retningslinjer, lover og forskrifter, samt hvordan en skal overholde lover og forskrifter, prosedyrer, rutiner, trening og øvelser. Barrierene må ha disse funksjonene i følgende rekkefølge for at det skal oppfylle forsvar-i-dybden:

* Øke forståelse og oppmerksomhet rundt lokale farer
* Gi klare retningslinjer på hvordan man kan operere sikkert
* Utløse alarmer og advarsler dersom det oppstår umiddelbar fare
* Bringe systemet tilbake til en normalsituasjon etter en uønsket hendelse
* Utgjøre sikkerhetsbarrierer mellom faren og det man ønsker å beskytte
* Uskadeliggjøre fare dersom den skulle slippe gjennom barrieren
* Gi retningslinjer for evakuering og redning dersom barrierene svikter

Ulempen med et forsvar-i-dybden er den tilhørende kompleksiteten som følger med systemet. Det kan gjøre systemet mer uoversiktlig, med flere ulike elementer og avhengigheter mellom disse (Reason, 1997, s. 7).

Tekniske barrierer er det Reason (1997) refererer til som harde tiltak og kan i arbeidet med forebygging av smittsomme sykdommer illustrere de pålagte kravene fra nasjonale retningslinjer om å tilby MMR-vaksinasjon til befolkningen. Andre harde tiltak fremkommer av lover som omhandler tvangsvaksinering og isolering, dersom det skulle være behov for det. Organisatoriske og operasjonelle barriereelementer er tett knyttet opp mot hverandre og kan her kalles myke tiltak. Disse illustreres i arbeidet med vaksinering som opplæring, prosedyrer for gjennomføring av vaksiner og lovpålagte krav til de som skal håndtere den praktiske gjennomføringen.

### 3.2.2 Barrierestyring

Barrierestyring er aktiviteter som må gjennomføres for å etablere og opprettholde barrierene slik at det til enhver tid kan oppfylle sin tiltenkte funksjon. For å oppnå dette er det en forutsetning å beskrive hva funksjonen er. MMR-vaksinen er en barriere for å hindre at et utbrudd av meslinger oppstår, men hvis man skal hindre at det skjer utbrudd, samt satse mot å eliminere sykdommen, bør en vaksinasjonsdekning på 95 prosent være opprettholdt for å skape flokkimmunitet. For at dette skal oppnås er det nødt til å foreligge krav for nå målet. Ved å overvåke en barrieres tilstand vil en kunne sørge for at en eventuell usikkerhet ivaretas, og sikre at barrierens egenskaper både opprettholdes og perfeksjoneres over tid. Totalt sett handler det om å forstå og definere de potensielle farer som til enhver tid oppstår i et system, og tilrettelegge for best mulig håndtering og minimalisering av risikoen på en styrt måte (Ptil, 2009).

# 4. Metode

## 4.1 Valg av metode

Prosjektgruppen har valgt å utføre et delvis eksplorativt design med en kvalitativ fremgangsmåte, da problemstillingen omhandler hvordan Stavanger kommune sikrer 95 prosent dekningsgrad for vaksinasjon av meslinger. Med dette perspektivet ble det videre valgt å utføre kvalitative semi-strukturerte dybdeintervjuer, for å få en god og bred forståelse av den kunnskapen som fagpersoner i miljøet besitter. Målet var få frem detaljer, kunnskap og deres profesjonelle mening om dekningsgraden for vaksinasjon av meslinger. I dybdeintervjuene ble det også mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål, og informantene kunne snakke fritt rundt spørsmålene, uten at det ble lagt bestemte føringer. Dette gjorde at de selv kunne få frem poenger de anså som viktige. Dette hadde ikke kommet like tydelig frem i en kvantitativ fremgangsmåte for innhenting av data. I tillegg til intervjuene har prosjektgruppen også utført to dokumentanalyser av rapporter som omhandler planer for smittevern og helsemessig- og sosial beredskap i Stavanger kommune.

4.2 Metodisk tilnærming

Før intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 2,3,4 og 5). Ettersom intervjuene var semi-strukturerte fungerte intervjuguiden til tider som en sjekkliste for om alle spørsmålene er besvart. Det var ønsket å innhente informasjon om sikring av dekningsgraden for vaksinasjon av meslinger, og kunnskap om utførelsen av det. I forkant av intervjuene ble guiden sendt ut til de ulike informantene. Dette ble gjort slik at informantene kunne forberede seg, samt at begge parter kunne være trygg på at spørsmålene og tematikken ble grundig besvart.

Som en del av datainnsamlingen ble det gjennomført fire intervjuer i mars måned. Intervjuene startet med å presentere oppgaven og hva prosjektgruppen ønsket å undersøke nærmere. Intervjuguiden fungerte som en mal i utførelsen av intervjuene, slik at informantene fikk utfylle og gå i detaljer på det de ønsket. Intervjuguiden ble delt opp i kategorier for å enklere kunne trekke konklusjoner opp mot forskningsspørsmålene.

Etter intervjuene ble lydopptaket transkribert, og resultatet ble 22 sider som videre ble analysert. Det ble sett etter mønstre som gikk igjen hos informantene som ble lagt til grunn for empiri og diskusjonen av funn og resultater.

I empirien ble det analysert to dokumenter, smittevernplan for Stavanger kommune og plan for helsemessig- og sosial beredskap. Disse dokumentene fikk prosjektgruppen tilsendt etter forespørsel av informant 1. Begge dokumentene inneholdt beredskapsplaner for utbrudd av epidemier, noe som var verdifullt for oppgaven. Tilslutt ble funn fra dokumentene og intervjuene koblet sammen med teori, for å kunne drøfte og svare på problemstillingen.

De metodiske fremgangsmåtene ble alle anvendt for å utforske Stavanger kommune sin sikring av dekningsgrad for vaksinasjon mot meslinger. Med en utforskende tilnærming plasseres studien under et eksplorativt design med målet om å gi økt innsikt og forståelse om et fenomen.

## 4.3 Valg av informanter

Det ble tatt et strategisk valg av informanter ved å kontakte fagpersoner på bakgrunn av de kvalifikasjoner og egenskaper de besitter i henhold til problemstillingen. Kravet til informantene var at de måtte ha kunnskap innenfor deres fagfelt som kunne kobles opp mot vaksinasjon, meslinger og beredskap, og at informantene var respekterte fagpersonell.

Informant 1 jobber som smittevernoverlege og assisterende helsesjef i Stavanger kommune. Informanten har jobbet som fastlege i mange år, på sykehus og som kommuneoverlege i en annen kommune, hvor informanten har jobbet en del med smittevern. Informant 2 jobber som helsesykepleier og har tidligere jobbet på sykehjem. Informant 3 jobber som rådgiver og fagkonsulent. Informanten har ansvarsroller som systemansvarlig for datajournalprogrammet HS-pro som de bruker for journalføring, både på helsestasjonen, i smittevern og ved vaksinasjonskontoret. Informant 4 er spesialrådgiver for samfunnssikkerhet og beredskap i Stavanger kommune.

## 4.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på informantenes egen arbeidsplass. Dette ble gjort slik at informantene kunne fokusere mest mulig på formidling av informasjon, og ikke på miljøet rundt. Det ble spurt om lov til å ta opptak før intervjuet startet, noe alle samtykket til. Det ga mer tilstedeværelse i intervjuene fra vår side, og gjorde at vi kunne ha fokus på det som ble formidlet. Det var også for å gjøre det mulig i ettertid å gå tilbake for å høre hva som ble sagt slik at all informasjon ble kvalitetssikret. Videre ble det klargjort at informantene kunne trekke seg når som helst under intervjuet og at de ble anonymisert. Spørsmålene som ble stilt kom fra intervjuguiden, men det ble også rom for snakk utenfor spørsmålene som var fastsatt på forhånd.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av to dager. Prosjektgruppen delte seg og gikk i par i utførelsen av intervjuene. Hvert intervju varte i rundt en time.

#

5. Resultater

Dette kapittelet redegjør for resultatene fra dokumentanalysene og intervjuene. Funnene vil bli presentert i tematisk rekkefølge.

## 5.1 Trusselbilde

Utbrudd av smittsomme sykdommer blir som tidligere nevnt ansett av DSB som en hendelse som utgjør en stor trussel mot samfunnssikkerheten. Sikring og opprettholdelse av en høy dekningsgrad for vaksinasjon mot meslinger er et mål som trekkes frem fra nasjonale retningslinjer, i tillegg til at det blir tydelig delegert oppgaver til kommunene i form av krav til overvåkning og tilbud om vaksiner. Dette samsvarer med at et utbrudd av sykdommen vil illustrere en trussel mot samfunnet og befolkningens sikkerhet. Det samme kommer tydelig frem gjennom dokumentanalysene. Av informasjon hentet til denne oppgaven (nasjonale retningslinjer, lover, forskrifter, kommunale beredskapsplaner og plan for smittevern) kan man tydelig se at nasjonale myndigheter og retningslinjer plasserer utbrudd av meslinger under kategorien trussel som krever sikring gjennom tiltak og virkemidler. Gjennom intervjuene ville vi undersøke om den samme fortolkningen lå til grunn hos de som arbeidet med sikring av dekningsgraden i det daglige.

Av smittevernplanen for Stavanger kommune trekkes meslinger frem som en av sykdommene som representerer en risiko for innbyggerne ved eventuelle utbrudd. Dette er en sykdom som særlig vil kunne ha et stort informasjonsbehov. Videre beskrives sykdommens svært smittsomme karakter blant uvaksinerte, samt hvordan tilfeller av sykdommen kan føre til svekkelse av immunforsvaret hos den smittede, og gjøre vedkommende utsatt for andre sykdommer. Planen spesifiserer at “uvaksinerte kontakter skal tilbys vaksine, men smitteoppsporing er svært krevende ettersom viruset overlever en periode i omgivelsene, selv etter at den som er smittsom har forlatt stedet” (Stavanger kommune, 2017a, s. 7). Dette indikerer at meslinger blir ansett som en uønsket hendelse, og som en trussel ved utbrudd, og krever dermed spesifikke virkemidler ved håndteringen av dette. Det samsvarer med behovet for sikring og opprettholdelse av en høy dekningsgrad for sykdommen.

Utbrudd defineres i smittevernplan for Stavanger kommune som “to eller flere tilfeller av samme sykdom som mistenkes å ha en felles kilde eller at antall tilfeller klart overskrider det man ville forvente innenfor et område i et gitt tidsrom” (Stavanger kommune, 2017a, s. 4). Dette indikerer at det skal få tilfeller av en smittsom sykdom til før det er å anse som et utbrudd.

Av intervjuene kom det frem at samtlige informanter ikke knyttet meslinger til noen reell risiko eller trussel for innbyggerne i Stavanger, selv om de erkjente at selve sykdommen ikke var ønskelig, og at den var forbundet med uønskede komplikasjoner. Ved spørsmål om hvordan et “worst case scenario” eventuelt kunne se ut nevner informantene utbrudd av sykdom i skole eller barnehage, men de har ikke gjort analyser av risikoen for at et slikt scenario skal inntreffe. Dersom det skulle skje, sier informantene at fokuset vil være på å vaksinere de minste barna, og eventuelt framskynde vaksinasjon fra 15 måneders alder for å gi spedbarn immunitet så tidlig det lar seg gjøre. Oppsummert anser ikke informantene utbrudd av meslinger som en sannsynlig hendelse. Dette ble begrunnet med at dekningsgraden ble ansett som god nok på daværende tidspunkt, og nær det ønskede målet. Styring ble dermed basert på en normalsituasjon. Intervjuobjektene mente likevel at de som ikke var villige til å vaksinere barna sine utsetter både seg selv og andre for risiko, ved at deres barn kan smitte andre barn eller voksne som av ulike helserelaterte grunner ikke kan ta vaksinen selv.

## 5.2 Mål og målforståelse i henhold til vaksinering

Smittevernplan for Stavanger kommune presiserer mål om å “forebygge smittsomme sykdommer og begrense smitteoverføring i befolkningen når sykdom har oppstått” (Stavanger kommune, 2017a, s. 2). Videre presenteres det at dekningsgraden på 95 prosent ønskes oppfylt, men erklæres enda god av kommunen på nåværende tidspunkt, med bakgrunn i tall fra 2016, hvor den lå på 94,5 prosent.

Alle intervjuobjektene hadde kjennskap til det nasjonale målet om å opprettholde en vaksinasjonsgrad på 95 prosent for meslinger. De hadde også god kunnskap om hvor smittsomt meslinger er, og at det er den barnesykdommen som gir høyest andel dødsfall på verdensbasis. De var kjent med situasjonen i andre land, hvor tilfeller av sykdommen forekommer hyppig. Dermed var de også bevisst på viktigheten av å fange opp personer som immigrerer til Norge fra disse landene. Intervjuobjektene hadde også kunnskap om nasjonale retningslinjer, og forholdt seg alle til disse. Informant 2 uttrykte at “det er jo det som styrer hele arbeidsdagen”, noe som tyder på at de nasjonale retningslinjene er direkte anvendt i den praktiske gjennomføringen og styrer mye av arbeidsdagen til samtlige av informantene.

Informant 2 forteller at de forholder seg til krav og mål som blir fastsatt og bestemt fra høyere hold, og at det også er opp til personer på andre nivåer enn dem selv å fatte beslutningen om meslinger er en reell trussel på et gitt tidspunkt eller ikke. “Dette er ikke noe vi kan mene så mye om selv, vi forholder oss til instruksene vi får, og det er å utføre selve vaksinasjonen”. Dette står i kontrast til hva beredskapsavdelingen i Stavanger kommune selv uttrykker. De henviser til ansvar, nærhet, likhets - og samvirkeprinsippet, hvor hendelser skal håndteres på lavest mulig nivå, og det skal være størst mulig likhet mellom organiseringen i en normalsituasjon og organiseringen i en krise. Informantene var vekslende og lite samkjørte i sine uttalelser, og hadde ulike oppfatninger om hvor ansvaret faktisk lå. Dette gjaldt både når det kom til å vurdere virkemidler og tiltak for å nå det overordnede målet, samt håndteringen av et eventuelt utbrudd. Videre forteller informant 1 at målet er å vaksinere alle, men at det er noen få som velger å la være.

## 5.3 Rammebetingelser for vaksinasjonsarbeidet

Plan for smittevern i Stavanger kommune trekker frem flere lover som fungerende rammebetingelser for arbeidet med forebygging av smittsomme sykdommer. Spesielt relevant er lov om helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og helsepersonelloven som “gjelder for all helsetjeneste som ytes av det kommunale smittevernet” (Stavanger kommune, 2017a, s. 2). I tillegg til disse er smittevernloven trukket frem som særlig relevant, hvor presisering av arbeidsoppgaver og smittevernarbeid for de ulike helseenhetene i kommunen, herunder helsepersonell, smittevernlege og andre enheter fremkommer. Loven presiserer også hvordan bruk av tvang kan pålegges i spesielle tilfeller. Planen trekker også frem forskrift om meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS) hvor “hensikten med registeret er å tidlig kunne oppdage og oppklare utbrudd og å gi råd om smitteverntiltak” (Stavanger kommune, 2017a, s. 3). Her er også sykdommer som forebygges av barnevaksinasjonsprogrammet trukket frem og spesifisert. Det er smittevernkontorets ansvar å følge opp MSIS-systemet. Planverket har i tillegg henvist til forskrift om varsling av alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, og eventuelle tiltak knyttet til disse (IHR forskriften). Denne referer til hendelser som omhandler fare for internasjonal spredning av smittsomme sykdommer. Faglige føringer skal i følge smittevernplanen baseres på retningslinjer gitt av Folkehelseinstituttet, i tillegg til dette er også WHO og ECDC (European centre for disease prevention and control) angitt som alternative kilder til uthenting av kunnskap og retningslinjer for kommunens arbeid.

Vi spurte informantene hvordan ansvar og oppgaver er fordelt, og hvordan rammebetingelsene formet deres praktiske arbeidshverdag. Informant 2 og 3 svarte at deres arbeid knyttet til vaksinasjon består i å informere foreldre og å utføre vaksinasjon. De ble spurt om prosedyrer og retningslinjer for dette arbeidet. Alle svarte at de forholdt seg til folkehelseinstituttet sine retningslinjer. I tillegg ga alle informantene som ble intervjuet uttrykk for at styringssystemet og nasjonale retningslinjer i vaksinasjonsarbeidet var tydelig.

Av plan for helsemessig- og sosial beredskap kommuniseres det tydelig at Stavanger kommune er pålagt å utføre beredskapsforberedelser innenfor flere sektorer. Her spesifiseres både smittevernloven og folkehelseloven. Videre viser planen til en ansvarsfordeling hvor det er virksomhetene som håndterer det gitte arbeidsområdet som er ansvarlig for “hverdagskrisene”, mens det ved større krisesituasjoner vil være behov for et forberedt samarbeid mellom ulike relevante aktører. I tillegg spesifiserer planen for helse og sosial beredskap at man skal handle etter de fire prinsippene for beredskap i Norge. Dette plasserer helseenhetene i Stavanger kommune som ansvarlig innehaver av arbeidsoppgaver rettet mot eventuelle kriser i helsesektoren, noe som i dette tilfellet også vil plassere forebyggende arbeid og beredskapsforberedelser knyttet til et utbrudd av meslinger i ansvarsområdene til de ulike helseenhetene i Stavanger kommune. Både helsestasjonen og smittevernkontoret er trukket frem som virksomheter som er omfattet av planen, og skal i prinsippet ha ansvaret for deres daglige aktiviteter og tilhørende beredskapsforberedelser (Stavanger kommune, 2017b, s. 8-12).

Informant 1 fortalte om hvordan sikkerhetsstyring og beredskapsarbeid er organisert i kommunen. Hun sa at de har en smittevernplan som er detaljert og omhandler infeksjonskontroll og “litt annet rundt”. Det er en rekke supplerende dokumenter til planen, og den er for tiden under revisjon. På spørsmål om de har noen form for analyse av risiko for meslinger svarer informant 1 at de utfører risiko- og sårbarhetsanalyser, men ikke spesifikt rettet mot utbrudd av meslinger. I tillegg forholder de seg til MSIS-statistikk som ligger på nettsiden til Folkehelseinstituttet og det elektroniske kvalitetssystemet i Stavanger kommune (HS-pro), som ble benyttet til å overvåke statistikk og dekningsgrad i de ulike bydelene. Samtidig ble dette benyttet til å kvalitetssikre og rette opp i feilregistreringer. Informant 3 nevnte at de ikke utførte slike analyser i forbindelse med meslinger og faren for potensielle utbrudd, hvor hun videre tenker høyt og sier at det er mulig de ikke har hatt nok fokus på dette. Helsestasjonene henviser til et høyere nivå i kommunen, og kommunen henviser til virksomhetene selv, og til ansvar, nærhet, likhets- og samvirkeprinsippet. Det virker å være litt uklart for de involverte hvem som faktisk har dette ansvaret.

## 5.4 Virkemidler

Virkemidler er i smittevernplanen for Stavanger kommune trukket frem som tiltak som skal utføres “både i det daglige, løpende arbeid, samt i spesielle situasjoner der alvorlige eller omfattende smittsomme sykdommer rammer befolkningen” (Stavanger kommune, 2017a, s. 2). I planen presiseres det også at det kan oppstå utfordringer knyttet til rapporteringssystemet. God informasjon er spesielt viktig, og det vektlegges sterkt at alle barn skal få tilbud om vaksiner. Planen viser i tillegg at fokus skal ligge på riktig og informativ informasjon, heller enn bruk av tvang og press.

### 5.4.1 Informasjonstiltak

Utbrudd av meslinger ligger under blått nivå i forbindelse med beredskap i Stavanger kommune. Dette er et nivå og en tilstand som krever økt informasjon innad i organisasjonen, samt utad i befolkningen. Spesifikke tiltak er identifisert som følgende (Stavanger kommune, 2017a, s. 9):

- Økt informasjonsbehov til publikum

- Koordinert informasjon til kommunalsjefer og virksomhetsledere

- Meldingsplikt til Folkehelseinstituttet

- Meldinger om internasjonale smittevernsituasjoner som kan komme til å få betydning lokalt

På spørsmål om hva som gjøre for å sikre dekningsgraden på 95 prosent, svarte informantene at det først og fremst var informasjonstiltak de benyttet seg av i det daglige arbeidet. Nybakte foreldre blir informert om barnevaksinasjonsprogrammet, og uvaksinerte ungdommer og voksne får også informasjon dersom det er nødvendig å henvende seg til noen av disse.

Oppfølgingen av nyfødte barn skjer ved at helsesykepleier innkaller barn med foreldre til oppfølging på helsestasjonen etter fast program. Første oppfølging skjer i form av tilbud om hjemmebesøk kort tid etter fødsel. Da får foreldrene skriftlig informasjonsmateriell og muntlig informasjon om oppfølging og vaksinasjonsprogram. I tillegg oppfordres de til å lese på folkehelseinstituttet sine nettsider. Vaksinering utføres som del av de faste kontrollene. Informasjon gjentas da ved at helsesykepleier forbereder foreldre på at ved neste kontroll vil vaksinen bli satt. Denne informasjonen blir gitt muntlig.

De som takker nei til vaksine melder dette muntlig, og det registreres i barnets journal på helsestasjonen at foreldre ikke ønsker barnet vaksinert. Helsesykepleier gjentar da spørsmålet om vaksinasjon ved neste besøk. Informantene fortalte at vaksinemotstanderne ofte har lest seg opp om farene ved vaksinering, som ikke alltid er reelle, og at det da ikke blir gjort særlig forsøk på overtalelse når noen først har bestemt seg. Informant 2 sier “jeg anbefaler så godt jeg kan å ta vaksinen, men jeg må også forholde meg til at dette er noe som er frivillig, og det må vi bare respektere”.

Helsesykepleiere ønsker ikke å utføre vaksinasjonen dersom foreldrene er usikre, eller dersom de er svært uenige seg imellom, selv om det etter dagens regler bare kreves samtykke fra en av de foresatte. Dette begrunnes med at det kan skape en utrygg stemning og familiesituasjon for barnet, som regel fordi dette gjelder familier som allerede har andre utfordringer.

Alle informantene sa at de ikke gjorde noe særlig aktivt framstøt for å informere om viktigheten av vaksinering, bortsett fra det de gjorde individuelt til foreldre i møter på helsestasjonen. De ga uttrykk for at de kunne brukt media i større grad, men det var ikke noe de vektla eller så på som spesielt aktuelt på nåværende tidspunkt.

Ansvaret for å gi informasjon ligger på den enkelte helsesykepleier, og de jobber nokså individuelt med hver sine familier. De ser ikke nødvendigvis hva kollegaene gjør av informasjonstiltak, selv om de alle har de samme rammebetingelsene å forholde seg til.

Når det gjelder tvang som tiltak hadde ingen av informantene tro på det. Grunnen var at de mente en kommer lenger med informasjonsarbeid, og ikke minst at tvang vil kunne gjøre vondt verre når det kom til vaksinemotstand. De frykter at folk vil kvie seg enda mer for å gjennomføre dersom de føler at dette er et valg de ikke har fått lov til å ta selv, og at de ikke får lov til å bestemme over sin egen kropp, eller sitt eget barn. Selv om motstandere av vaksiner finnes, så opplever informantene at det egentlig er ganske få av disse. De som har bestemt seg for å si nei oppgir redsel for følgesykdom, for eksempel autisme, som årsak til sin motstand. Bakgrunn for dette var at det i 1998 ble publisert en forskningsartikkel skrevet av Wakefield et al. (1998) om sammenhengen mellom meslingvaksine og autisme, noe som skremte flere fra å vaksinere seg. Artikkelen ble senere trukket tilbake og resultatene forkastet, men helsepersonellet som ble intervjuet fortalte at det fortsatt er foreldre som tror at denne informasjonen er sann. Noen ønsker også å vente til barna er større, og utsetter vaksinasjonen med et år eller to. Informant 2 opplever at dette er en utfordring.

“Jo større barna blir, jo verre er det å stikke dem. De kan bli urolige under stikkingen, og glemmer heller ikke like fort som et spedbarn at det gjorde vondt, noe som kan føre til at de opplever hendelsen som traumatisk, og det gjøre dem redde for sprøyter senere i livet“

- Informant 2

På spørsmål om de så for seg andre relevante tiltak enn informasjon svarte alle informantene at det gjorde de egentlig ikke. De viser eventuelt foreldre til nettsider hvor de kan lese seg opp selv. De sier også at de i enkelte tilfeller har kontaktet journalister for å få publisitet om vaksinasjon, og at de også kunne tenke seg å bruke media mer i fremtiden.

Sentrale helsemyndigheter har også iverksatt tiltak for å øke vaksinasjonsdekningen, ved at de som ikke har fått vaksinasjon som del av barnevaksinasjonsprogrammet, har muligheten til å få den gratis dersom de er mellom 16 og 20 får. Etter at de har fylt 16 år kan de bestemme selv om de ønsker den, og trenger ikke lengre foreldrenes samtykke.

Det fremkommer av intervjuene at retoriske grep ikke brukes bevisst for å forsterke argumentene som kommuniseres. Etos brukes til en viss grad, ved at helesykepleier søker å oppfattes som troverdig og tillitsvekkende. Logos brukes også til en viss grad, hvor det skal ligge overbevisning i talerens saksargumenter. Pathos, som handler om å få lytteren i en sinnsstemning som medfører sympati for taleren, brukes etter vår oppfatning i svært liten grad. I henhold til Kjeldsens (2014) tre funksjoner for å lykkes med retorikken, fyller helsesykepleierne i vårt tilfelle bare en av dem, å belære.

Helsesykepleiere søker å være saklige og profesjonelle, ikke personlige. De ønsker ikke å være for overbevisende, da de er redde dette kan oppleves av klienten som å være på grensen til tvang. I tillegg er det ofte et problem at avsender og mottaker ikke er enig i budskapet. De som er skeptiske til vaksine har gjort seg opp sin egen mening, og har ikke nødvendigvis tillit til helsesykepleierne eller myndighetenes risikovurdering. Deres risikopersepsjon samsvarer ikke. Informanten forteller at skeptikere søker den kunnskapen som bekrefter deres syn, og med dagens tilgjengelighet vil denne informasjonen være oppnåelig etter et raskt googlesøk. En utbredt forståelse av retorikk er at den brukes for å lure folk (Olsen, 2012, s. 4), og informant 2 opplever at skeptikerne mangler tillit til henne når det gjelder informasjon om meslinger, og at uansett hva hun sier så har de bestemt seg for å være uenige. På tross av dette gjør vår informant sjelden grep for å justere sine uttalelser, eller for å tilpasse retorikken til denne gruppen.

Informant 3 forteller om et meslingutbrudd i et tett befolket område i en av Bergens bydeler på slutten av 90-tallet. Vaksinasjonsdekningen i dette området var på dette tidspunktet nede i 30-40 prosent. Da ble det tatt grep om kommunikasjonen, og nye brosjyrer med bilder og beskrivelser av syke barn ble delt ut. Dette ble ansett som den eneste løsningen for å vekke befolkningen. Videre kan det diskuteres om dette heller mer mot skremselspropaganda enn mot fornuftig retorikkbruk, men det blir trukket fram i intervjuet som et eksempel på informasjonsbruk som virkemiddel. Av intervjuene kommer det frem at bruk av slike virkemidler i nyere tid er noe som ikke har vært ansett som nødvendig. I senere tid opplever de at uvaksinerte faktisk oppsøker helsestasjonen selv, dersom det er utbrudd i Norge eller i typiske ferieland. Befolkningen kommer dem i forkjøpet, og dette er også et argument for at tvangsvaksinering ikke vil bli nødvendig, ifølge informanten.

### 5.4.2 Rapportering og overvåking

Vi spurte informantene om hvilket system de har for overvåking av vaksinasjonsdekning og vurdering av risiko. De fortalte om vaksinasjonsstatistikker de får fra Folkehelseinstituttet. Disse får de en gang i året, men på grunn av tekniske problemer har de ikke statistikk for de siste to årene. Informantene fortalte også om en rekke feilkilder i statistikken. For eksempel er det ikke et automatisk system som gjør at helsestasjonene får melding om nye familier som er kommet til Stavanger. Konsekvensen er at det kan bo familier i kommunen der barna er vaksinert men ikke registrert, eller at barna verken er vaksinert eller registrert. Statistikk over vaksinasjonsdekning kan dermed være upresis. Tiltak som utføres i kommunen for å rette feil i systemet er å gå manuelt inn å sjekke registre, og deretter se de opp mot journaler på helsestasjonen. Da ser de etter om noen har flyttet, om de ikke har fått tilbud eller om det er andre forklarlige årsaker til feil i listene. Det er fagkonsulent som utfører arbeidet med å motta rapporter, gjennomgå lister og identifisere mulige feil. Hun sender så rapportene videre til den helsesykepleieren som har ansvar for det aktuelle barnet for videre feilretting. Informanten uttrykker at hun er spent på rapportene hvert år, og nysgjerrig på hvordan de ligger an i henhold til målkravet. Som regel er det ganske mye å rette opp i, forteller hun mens hun viser oss en tykk bunke med feil som skal rettes.

Informantene ser på kvalitetssjekk av opplysninger som er lagt inn i deres egne journalsystemer som et viktig tiltak, ettersom feilregistrering forekommer relativt ofte. Disse feilene er et resultat av forsinkelse i registreringer, eller at statistikken er delt inn i ulike bolker for ulike aldersgrupper. Dersom du vaksineres litt for sent for å være med i statistikken for ditt alderstrinn, må du vente til neste. Vaksinasjonsdekningen registreres bare for 2, 9 - og 16-åringer. Dermed kan lave tall forekomme uten at det nødvendigvis gjenspeiler realiteten. Tiltaket er dermed å dobbeltsjekke dette, og som regel ender det da opp med at vaksinasjonsgraden er betydelig høyere enn først antatt. Rapportene gir informasjon om hvilke vaksiner hvert enkelt barn har, slik at det er gode muligheter for å identifisere enkeltindivider i rapporteringen. Det er allikevel et etterslep i rapporteringen ved at kommunen mottar data fra Folkehelseinstituttet to ganger i året for feilretting, men bare mottar rapporter over vaksinasjonsgrad én gang i året.

## 5.5 Barrierer og barrierestyring

Stavanger kommune arbeider forebyggende i henhold til nasjonale retningslinjer for å se til at befolkningen får MMR-vaksinen. Informantene presiserte tydelig at de viktigste barrierene i kommunen er informasjon og overvåkning av statistikker for dekningsgraden.

Informant 1 fremhever informasjonskampanjer som den viktigste barrieren for å generere mer kunnskap og bevissthet hos befolkningen angående meslinger. Helsepersonell anvender blant annet media som sin informasjonskilde til å nå ut til befolkningen med informasjon om å vaksinere seg mot meslinger. Media spiller en sentral rolle for at informasjonsbarrieren skal virke optimalt, og det fungerer ifølge informanten bra som en informasjonskanal. Informasjonsbarrieren kan også være utsatt for svakheter, ved at media selv avgjør hvordan saken fremstilles. Dette kan problematisere barrierens hensikt om å oppfylle sin tiltenkte funksjon til enhver tid, ved at informasjonen kan bli fremstilt på en annen måte enn tiltenkt.

Overvåkning og kvalitetssikring av statistikker, både i form av dekningsgrad for vaksinen og tilfeller av smitte er barriere påpekt av informantene. Dette gjøres ved hjelp av flere programmer hvor SYSVAK, MSIS, og HS-pro på helsestasjonen ble trukket frem. Informantene påpeker at programmene er en forutsetning for arbeidet med å opprettholde oversikt over meslinger. Ved tilfeller av datatekniske feil og manglende statistikk, vil overvåkning som barriere kunne ha vanskeligheter med å oppfylle sin tiltenkte funksjon.

I intervjuer, planverk og nasjonale retningslinjer vises de proaktive barrierene i kommunen som fungerer sannsynlighetsreduserende. Disse uttrykkes som vaksinasjon, informasjonskampanje, overvåkning av statistikk, flokkimmunitet og lover og retningslinjer. Konsekvensreduserende barrierer blir også illustrert her. Reaktive barrierer kan være isolasjon, vaksinasjon, informasjonskampanjer og symptomlindring ved komplikasjoner av sykdommen, samt lovverk fra nasjonale myndigheter.

## 5.6 Muligheter for brudd i systemet

Informantene ble spurt om hvordan de identifiserer og følger opp risiko i deres styringssystem. I tillegg spurte vi om hvordan de arbeidet med overvåker og sikre at det faktisk fungerer og at eventuelle svakheter eller brudd i systemet blir fanget opp. Vi var også ute etter å få informasjon om hvilke barrierer de hadde etablert for å sikre at det ikke oppstår brudd.

Risikoen for utbrudd av meslinger var godt kjent hos alle informantene, selv om de er tett på å nå målet om 95 prosent vaksinasjonsdekning. Dette fordi det kan være grupper i befolkningen, såkalte “lommer”, der barna ikke blir vaksinert. Dette vil si at de siste fem prosentene som ikke er vaksinert kan være fysisk nær hverandre og dermed utgjøre en betydelig smitterisiko dersom en av disse barna blir syke. Alle informantene sa at det helt klart er her risiko for sykdomsutbrudd ligger. De nevner også flere grupper hvor de har inntrykk av at det er vaksineskepsis. Inntrykket er basert på ulik informasjon, noe har informantene lest i media, og noen erfaringer har de gjort seg gjennom sitt arbeid med ulike befolkningsgrupper og miljøer. Innvandrermiljøene nevnes som et eksempel på hvor det kan være en utfordring med mangelfull kunnskap om vaksinasjonstilbudet. I tillegg nevnes visse grupperinger fra Øst-Europa som har en større skepsis til vaksiner enn ellers i befolkningen. En annen lomme som nevnes er voksne som ikke er vaksinert som kommer hjem etter å ha vært på ferie i land med forekomst av meslinger, og som ikke er klar over smitterisikoen de har utsatt seg for. Au pairer og arbeidsinnvandrere trekkes også frem. De nevner også en svakhet i styringssystemet ved at familier som flytter til Stavanger selv må ta kontakt med helsestasjon for å be om vaksine - det er altså ingen automatikk i at nye familier blir fanget opp. Norske familier kjenner godt til helsestasjonssystemet, og vil som regel melde i fra selv, mens innvandrere kanskje ikke har kunnskap tilbudet, eller hvor de skal henvende seg.

Informantene har klare oppfatninger om hvor lommene er befinner seg, men har ingen statistisk eller objektiv kunnskap om dette. De har i liten grad proaktive tiltak rettet mot befolkningsgrupper der det er risiko for utvikling av lommer, men er innstilt på å iverksette tiltak dersom de får objektiv informasjon om hvor disse lommene er i form av rapporter fra Folkehelseinstituttet.

For flyktninger sier informant 1 at oppfølging og helsetilbud fungerer bra i den delen av jobben som smittevernkontoret gjør. Utfordringen er tildeling av fastlege til flyktningene og at overføring av informasjon til fastlegen gjør at det kan gå lang tid før de får tildelt fastlege. Prøvesvar kan glippe, og hvilke sykdommer flyktningene har, eller hvilke sykdommer de kan være i risikosonen for å få, blir ikke fanget opp raskt nok. Dette har de nå tatt tak i, ved at de er i gang med en prosess som forhåpentligvis vil ende opp i at de vil ha oversikt over prøveresultater selv, i stedet for at de må vente på fastlege.

Informantene sier det ikke er et krav at de skal gjøre egne risikoanalyser av vaksinasjonsdekningen i kommunen. Dersom de får informasjon via rapporter eller andre informasjonskanaler om spesielle grupper eller områder der folk ikke vaksinerer seg, må de ta tak i dette for å finne årsaker og sette inn tiltak. Dette vil de undersøke når de får oppdatert statistikk på vaksinasjonsdekningen for 2018. De stoler på statistikkene fra Folkehelseinstituttet, og har en oppfatning om at dekningsgraden er nokså stabil, og at det skyldes registreringsfeil dersom tallene avviker fra målet om en dekningsgrad på 95 prosent.

# 6. Diskusjon

## 6.1 Sikkerhetsstyringen i Stavanger kommune

Det fremkommer tydelig at hovedansvaret for vaksinering ligger hos de enkelte helsestasjonene i kommunen. Dette presiseres både av plan for helsemessig- og sosial beredskap og smittevernplanen for Stavanger kommune, og poengteres også av informanten som befinner seg på det kommunens beredskapsnivå. Av disse fremkommer det at tiltak, vurdering av risiko og forebyggende arbeid er et linjeansvar, hvor det i henhold til både nærhet, likhet - og ansvarsprinsippet er de som befinner seg nærmest befolkningen som har ansvar for å fremme vaksinering og å overvåke dekningsgraden. Det legges også vekt på at tiltak skal utformes og gjennomføres på denne linjen. Samtidig kommer det frem av intervjuene at det kan se ut til å være en misoppfatning av hvor ansvaret skal ligge, da noen av informantene henviste oppover i systemet i forbindelse med vurdering av risiko av eventuelle utbrudd, mens andre henviste nedover. Av informantene nærmest befolkningen ble det også bare lagt vekt på tiltak i normalsituasjoner, som bestod av informasjonsspredning, overvåkning, rapportering og sikring av datamateriale. Likevel kommer det tydelig frem av nasjonale lover og retningslinjer at nærvær av smittsomme personer er lite akseptert. Dette kan åpne for en diskusjon om meslinger og eventuelle utbrudd av dette burde vært ansett som en uakseptabel risikofaktor som burde ha tydelige forebyggende og aktive tiltak og virkemidler. Av beredskapsavdelingen i Stavanger kommune ble det trukket frem analyser gjort av scenarioer som epidemi og pandemi, men det ble ikke spesifisert om disse kunne implementeres ved eventuelle utbrudd av meslinger.

Prosjektgruppen sendte forespørsel om å få tilgang til HROS-analysene (helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse) som ble utført, men fikk ikke tilgang da denne var under revisjon. Det kunne vært essensielt for oppgaven å få innblikk i disse, da dette inngår i en del av sikkerhetsstyringen til kommunen. Med bakgrunn i informasjonen fra både planverk, informanter og nasjonale retningslinjer kan vi tyde hvordan ansvar for forebygging og beredskap er fordelt mellom de ulike aktørene i systemet, og vi kan trekke konklusjon på det tredje forskningsspørsmålet i denne oppgaven. Det er klare retningslinjer både fra planverk og nasjonale retningslinjer om at kommunene og helseenhetene nærmest befolkningen skal fungere som en første barriere mot smittsomme sykdommer. Med dette linjeansvaret finner vi tilhørende ansvar for forebygging og beredskap. Forebygging inngår i de daglige oppgavene til helsepersonell og kan tolkes ut fra intervjuene som godt forstått. Derimot kan det se ut som at beredskap ikke er like inkorporert i arbeidsoppgavene til de som fungerer som førstelinjen mot utbrudd av smittsomme sykdommer, selv om det etter planverk og informanter høyere opp i kommunen er her ansvaret i stor grad skal ligge etter prinsippene for beredskap. Det fremkommer også en forståelse fra denne linjen om at dette ansvaret skal foreligge på høyere nivå innad i kommunen. Det kan derfor konkluderes med at forebygging forstås av informantene som de hverdagslige arbeidsoppgavene med vaksinasjon, informasjonstiltak og rapporteringstiltak og er ansvarsoppgaver som i stor grad gjennomføres av helseenhetene nærmest befolkningen.

Av intervjuene kom det også tydelig frem at meslinger ikke var ansett som noen stor risiko innenfor helsesektoren, noe som ble begrunnet med at røde tall ofte baserte seg på manglende og feilaktig dokumentasjon av vaksinerte barn, og ikke gjenspeiler virkeligheten. Sykdommen i seg selv ble av samtlige informanter vurdert som uønsket og risikabel på bakgrunn av mulige komplikasjoner ved sykdommen, og den store smittefaren. Slik vi tolker det så har ikke behovet for å ha en egen plan for meslingutbrudd under kommunens beredskapsplan vært sett på som nødvendig, ettersom trusselen er relativt lav og vi generelt er godt vaksinerte. Lege ved Folkehelseinstituttet, Preben Aavitsland, skriver i en kronikk i Aftenposten at noe av hysteriet som oppstår ved enkelttilfeller av meslinger er overdrevet. Han mener befolkningen er godt beskyttet og at flokkimmuniteten i Norge er såpass god at meslinger ikke er en trussel (Aavitsland, 2019). I etterkant av intervjuene har det vært to forekomster av meslinger i løpet av en relativt kort tidsperiode (i Oslo og Egersund i mars 2019), og det kunne vært interessant å se om risikoen for utbrudd i Stavanger hadde blitt vurdert som høyere eller mer sannsynlig på bakgrunn av disse tilfellene. Spesielt Oslo kommune vurderer i skrivende stund tiltak for å imøtekomme den potensielle smittefaren.

Det var tydelig at flokkimmunitet stod som et overordnet mål for de ulike i helseenhetene. Både smittevern, helsestasjon og andre helseenheter var tydelig klar over dette målet. Det samme ble poengtert av planverk for smittevern og helsemessig- og sosial beredskap. Likevel kom det frem av intervjuene at virkemidlene som var på plass presenterte en lav fortolkning av meslinger som en eventuell risiko, og det var ikke lagt vekt på noen form for risikobasert tilnærming eller syn på eventuelle utbrudd, noe som kan se ut til å henge sammen i den forstand at om man ikke anser noe som en reell trussel vil det ikke bli sett som nødvendig å sikre seg mot dette. Dette samsvarer dårlig med planverk for Stavanger kommune, som har vært til analyse i denne oppgaven. Her ble det presentert klare retningslinjer og føringer for hvilke virkemidler man behøver for å forebygge og håndtere meslinger ved eventuelle utbrudd. Dette kan tyde på at planer bare er planer, og at de ikke er godt kjent, implementert eller innøvd hos de som skal fungere som første barriere mot eventuelle utbrudd av meslinger. Som Dwight Eisenhower sier; “Plans are nothing, planning is everything”.

Fall i dekningsgraden ble stort sett ansett som en rapporteringsfeil, hvor tiltakene bestod av å gå inn å se på de enkelte tilfellene. Tekniske feil hadde også ført til at statistikk over dekningsgraden de siste to årene ikke hadde kommet frem, noe som indikerer at det kan være manglende oversikt over hvor mange som er vaksinert de siste to årene. Med bakgrunn i denne informasjonen kan vi trekke konklusjon på vårt andre forskningsspørsmål. Innad i kommunen og hos helsepersonell som er fungerende førstebarriere mot utbrudd av meslinger, er det lite som tyder på at et utbrudd tolkes som en reell risiko. Dette samsvarer med at tiltak som igangsettes når dekningsgraden er under 95 prosent, baserer seg på en oppfatning om at risikoen er lav, og består av overvåking og korreksjon av vaksinasjonstall. I det siste store tilfellet av meslinger i Bergen ble derimot retorikk og skremselspropaganda brukt i større grad når dekningsgraden falt, og er et kjent tiltak for noen av informantene hvis det skulle vært kraftige og kritiske fall i dekningsgraden.

Informasjon ble trukket frem av samtlige av informantene som det viktigste virkemiddelet de hadde. Samtidig ble det lagt vekt på at det ikke var et ønske å virke overtalende på usikre foreldre, og ønsket var her heller å utsette prosessen. Dette stemmer overens med en tankegang om frivillighet, noe som også kommer frem i rammebetingelsene fra nasjonale retningslinjer. Derimot kan dette også virke selvmotsigende, og man ser også av disse rammebetingelsene at man skal fremme vaksinering mot smittsomme sykdommer. Man kan derfor åpne for diskusjon om oppfordringen til å ta vaksinene burde vært større. Kanskje skulle ikke helsesykepleierne gitt seg så lett, de kunne kanskje med fordel ha vært litt strengere i sin tilnærming og kommunikasjon. Likevel er det et tydelig dilemma her, hvor det fra et sikkerhetsperspektiv ville vært bedre med aktiv overbevisning i disse tilfellene, mens det av nasjonale retningslinjer også er sterkt vektlagt at vaksiner skal være frivillig.

Det var størst fokus blant informantene på styringsbaserte virkemidler, som fokuserte på organiseringen av aktiviteten, i dette tilfellet vaksinasjon. Risikobaserte krav var i stor grad fraværende. Samtidig kan man se hvordan funksjonelle krav spiller en rolle, særlig med tanke på frivillighet og hvordan dette kan havne i konflikt med lover som legger mer vekt på en risikobasert tilnærming med tvangsvaksinering og isolering. Frivillighet vektlegges sterkt av både informanter og planverk for Stavanger kommune, og kan antas å være en form for funksjonell tilnærming da tvangsvaksinering og isolering kan komme i sterk konflikt med verdier i samfunnet. God informasjon til foreldre ble tydelig vektlagt og ansett som en av hovedoppgavene til de som utfører den praktiske delen av vaksineringen, noe som igjen gjenspeiler krav i form av kunnskapsinnhenting. Det ble også trukket frem at dersom det skulle oppstå medieoppmerksomhet som fremmet feilaktig informasjon, kunne de ulike helseenhetene stå frem som en motpol til denne informasjonen. Riktig informasjon er derfor sterkt vektlagt, noe som også gjenspeiles i plan for smittevern, hvor meslinger er identifisert som en hendelse hvor økt informasjon ut til befolkningen vil være viktig.

Informant ved beredskapsavdelingen trekker frem linjeansvaret for bruk av kartleggings og analyseredskaper, samtidig kom det frem av intervjuene at det forekom lite bruk av slike analyser for å vurdere risiko og sårbarheter ved systemet. Dette peker også mot en organisering hvor beredskap og sikkerhetsfunksjoner delegeres til stillinger og personell som ikke har dette som hovedoppgave. Det kom i tillegg frem av intervjuene at det helhetlige bilde av meslinger som en risiko var fragmentert. Grunnen kan være fraværet av utbrudd som truer kommunens helhetlige folkehelse, samtidig som det kan diskuteres om det burde anses som en reell fremtidig trussel. I og med at dekningsgraden av meslingvaksine ikke har blitt publisert de siste to årene, kan en helhetlig oversikt være fraværende, og risikoen kan være større enn man tror.

## 6.2 Etablerte barrierer og barrierestyring i Stavanger kommune

Sikring av en flokkimmunitet og en dekningsgrad på 95 prosent var et tydelig fokus i arbeidet med MMR-vaksinasjon, og forståelsen av at denne var en tydelig barriere mot utbredelse av sykdommen ble tydelig identifisert av alle informantene. Det samme kommuniseres tydelig fra nasjonale retningslinjer, lover og rammebetingelsene disse fører med seg. Samtidig er det klart at mye av fokuset fra kommunens og helseenhetenes side her lå på sannsynlighetsreduserende barrierer i form av aktiv vaksinering, overvåkning og informasjonsspredning. Dette samsvarer mye med det faktum at det ikke har forekommet utbrudd i det siste som har truet folkehelsen i kommunen, og at meslinger ikke har blitt vektlagt særlig som en risiko.

Det kom tydelig frem at prosedyrer og rutiner var sterkt vektlagte funksjoner ved de ulike arbeidsområdene til de ulike informantene, og alle forholdt seg til hva nasjonale retningslinjer sa om disse områdene. Oppfølging og rapportering ble også trukket frem, og slik kan man iaktta visse barrierer innad i Stavanger kommune i sikringen av dekningsgraden på 95 prosent. På kommunalt nivå kommer det tydelig frem at det først og fremst benyttes myke barrierer, og at det er disse som foretrekkes av de ulike aktørene. Harde barrierer kan illustreres ved tvang, overtalelse, isolering. Informantene mente alle at slike tiltak og barrierer burde unngås så langt det lot seg gjøre, og støttet ikke en slik tankegang.

Barrierene som illustreres av planer og informanter ser ut til å oppfylle noen av Reason sine kriterier til forsvar-i-dybden. Planverket illustrerer at utbrudd av meslinger er en tilstand som krever en økt forståelse og oppmerksomhet, noe som det av planverk blir trukket frem skal skje gjennom økt informasjon ut til befolkningen og innad i kommunen. Informasjonstiltak var også godt etablerte hos informantene, og de anså dette som hovedtiltaket i arbeidet med å forebygge meslinger. Av nasjonale retningslinjer blir det kommunisert flere rettesnorer i arbeidet med forebyggelsen av smittsomme sykdommer. Flere av disse fungerer som rammebetingelser for kommunene og vil påvirke arbeidet med å sikre og opprettholde en dekningsgrad på 95 prosent. Disse fungerer som klare retningslinjer i forhold til å arbeide sikkert, og ble pekt ut av informantene til å styre store deler av arbeidsdagen. Av informantene ble også meldesystemet for smittsomme sykdommer trukket frem (MSIS), som brukes til å melde fra i tilfeller hvor personer er smittet av allmennfarlige sykdommer. Disse systemene gjør det enklere å foreta både smitteoppsporing og å skaffe oversikt over tilfeller som er av kritisk karakter. Media nevnes også som en aktuell kommunikasjonskanal, og under utbruddet av meslinger i både Oslo og Egersund, så vi at dette var saker som fikk bred mediedekning. Informantene spesifiserte også at dette er et verktøy de kan ta i bruk ved behov. Det ble derimot ikke spesifisert hvordan man advarer befolkningen eller utløser alarmer ved utbrudd av meslinger.

Det kunne vært interessant å se hvordan Stavanger kommune ville gått frem for å bringe systemet tilbake til en normaltilstand hadde det vært kritiske forekomster av meslinger i kommunen. Ingen av informantene støtter en tankegang om tvang og isolasjon, mens det av nasjonale retningslinjer blir trukket frem at dette kan være essensielt i tilfeller med utbrudd av allmenfarlige smittsomme sykdommer, som meslinger er. Det fremkommer derfor ikke av intervjuene at det er håndfaste harde barrierer og tiltak som skal bringe systemet til en normaltilstand. Hadde det derimot vært så kritisk at det utgjør en trussel mot samfunnssikkerheten og befolkningen kan det være at nasjonale retningslinjer vil overgå kommunale verdier og handlingsplaner, og hardere barrierer og tiltak vil kanskje bli iverksatt.

Stavanger kommune arbeider tydelig proaktivt når det kommer til å etablere skiller mellom utbrudd av meslinger og befolkningen. Ved kontinuerlig vaksinasjon og overvåkning oppnås det barrierer som fungerer sannsynlighetsreduserende. Aktiv vaksinasjon ser ut til å være den sterkeste barrieren mot meslinger, og med fokuset på en høy dekningsgrad både innad i kommunen og fra nasjonalt hold illustreres viktigheten av dette. Likevel er dette en barriere som er veldig utsatt for hull og svikt, og man ser bare fra eksempelet den ene informanten trakk frem om utbruddet i Bergen, hvordan feilinformasjon om vaksiner kan få dekningsgraden til å synke drastisk og rask. Derfor vil det kunne være spennende å se hvordan Stavanger kommune ville håndtert et eventuelt utbrudd, spesielt med tanke på isolasjon og tvang, ettersom det viser seg at alle våre informanter er imot dette. Igjen vil man kunne fundere på om nasjonale retningslinjer ville fungert utfyllende her i form av pålagte tiltak i form tvang, vaksinasjon og isolasjon. Den siste funksjonen barrierene må oppfylle for å få et forsvar-i-dybden ser delvis ut til å være oppfylt, hvor det av informantene ble trukket frem hvordan man skal unngå at andre mottakelige deler av befolkningen ble smittet. Her ble det spesifisert at ved utbrudd ville fokus vært rettet mot å vaksinere de minste barna, og på den måte forsøke “redde” utsatte deler av befolkningen med økt vaksinasjon. Evakuering ved smittetilfeller ble derimot ikke spesifisert, men man kan se til nasjonale retningslinjer at isolasjon, både i form av isolering av smittede, og begrensning av sosiale møtesteder ved forbud er lovfestede tiltak man kan ty til.

Det kan virke som Stavanger kommune har en viss form for forsvar-i-dybden. Selv om det på kommunalt nivå alene ser ut til å være et forsvar med rom for svikt og hull, blir disse supplert og til dels utfylt av føringer og retningslinjer fra nasjonalt hold på det skriftlige plan.

Med bakgrunn i intervjuene og analyse av planverk, supplert med retningslinjer og lover fra nasjonale myndigheter kan vi trekke konklusjon på det første forskningsspørsmålet i denne oppgaven. Nasjonale retningslinjer fører med seg strenge føringer for helseenhetene som arbeider nærme befolkningen, og av hva det kommer frem av disse er det klart at allmenfarlige smittsomme sykdommer krever en risikobasert tankegang. Pålagt av disse i form av rammebetingelser kan man se hvordan arbeidet i Stavanger kommune til grads må forme seg etter pålagte lover og retningslinjer, som fører med seg visse aspekter av en risikobasert styring. Sikkerhetsstyringen er formet etter klare mål, og det kom tydelig frem at dette var godt kjent og noe man kontinuerlig arbeidet mot. Virkemidlene og tiltakene utarbeidet av helseenhetene og kommunen ser derimot ut til å være noe færre, og iakttar man de samme tiltakene som barrierer ser man klare muligheter for brudd og hull. Dette særlig i form av at informasjon kan svekkes av mot- og feilaktig informasjon. Operasjonelle tiltak ble klart identifisert som faste arbeidsoppgaver i form av overvåkning og kvalitetskontroller ved bruk av registrering- og journalsystemer. På bakgrunn av manglende statistikker de siste to årene kan det føre til muligheter for brudd. Når det samme virkemiddelet skal fungere som barriere, kan det hindres i å oppnå sin tiltenkte funksjon på bakgrunn av svikt i andre deler av systemet.

Det er dermed vanskelig å trekke en konklusjon som gir et klart og entydig svar i forhold til grad av bruk av risikobasert styring. På kommunalt nivå alene ser man en svak tolkning av meslinger som en generell trussel mot samfunnssikkerheten innad i befolkningen, noe som også korrelerer med at en risikobasert styring ikke er like vektlagt. Derimot må man også se det kommunale i forbindelse med det nasjonale, og det er her mye av fokuset på smittsomme sykdommer tydelig spesifiseres og identifiseres som en mulig risiko. Dette fører med seg at kommunen må forholde seg til disse lovene og retningslinjene som rammebetingelser, og får på den måten styrket sin risikobaserte tilnærming i form av plikter de ulike helseenhetene er pålagt, eksempelvis av aktiv vaksinering, informasjonsspredning til befolkningen og overvåkning og melding i forbindelse med statistikker og sykdomsutbrudd. Slik blir en risikobasert styring illustrert som tydelig pålagt fra nasjonalt hold, og fremkommer til dels tilstedeværende innad i kommunen, om enn noe passivt, tolket ut fra våre kilder i denne oppgaven.

## 6.3 Lommer og risikoutsatte grupper

Selv om det fremkom både av planverk og informanter at dekningsgraden i Stavanger kommune var god, brukte informantene begrepet “lommer”. Disse kunne representere mulige befolkningsgrupper og steder som er mer utsatt for oppblomstring av meslinger. Med tanke på at sikkerhetsstyringen i Stavanger kommune fremstår som noe fragmentert, kan det av flere grunner identifiseres svakheter med større sannsynlighet for brudd i systemet. Siden helsesykepleiere i stor grad arbeider individuelt med hver sine familier vil det være vanskelig å få en oversikt over om personer som utsetter eller avstår fra vaksiner interagerer med andre som velger det samme. Det er derfor vanskelig å skaffe seg et helhetsblikk over noe som blir håndtert så individuelt, noe som kan føre til at “lommer” både kan oppstå i samlede miljøer, på arbeidsplass eller andre rom for interaksjon, som i barnehager eller skoler. I tillegg vil disse “lommene” kunne utgjøre en trussel for grupper som er risikoutsatte av andre grunner, som at de for eksempel av medisinske årsaker ikke kan la seg vaksinere. Den samme svakheten ved mangel på oversikt over helheten presenteres ved at tilflyttere til kommunen ikke automatisk havner i systemet hos helsestasjonene, om de så kommer fra andre steder i Norge eller fra utlandet. Om så “lommene” stammer fra vaksinemotstand, skepsis, innvandringsmiljø, uvaksinerte voksne eller annet består det offentlige rom av utallige mengder steder og møteplasser for interaksjon hvor smitte mellom individer kan forekomme. Den største svakheten ved systemet, hvor meslinger som trussel kan bli realisert ser dermed ut til å kunne skyldes slike lommer hvor smittefare mellom individer er større. Dette er de gjenværende prosentene fra flokkimmuniteten, som vil kunne stå utenfor flere av barrierene i kommunens sikkerhets- og barrierestyring.

# 7. Konklusjon

Så hvordan sikrer Stavanger kommune 95 prosent dekningsgrad for vaksinasjon av meslinger, i tråd med nasjonale retningslinjer?

Gjennom funn i undersøkelsen ser det ut som at kommunen sikrer dekningsgraden i form av aktiv vaksinering, informasjon og overvåkning av statistikker og sykdomstilfeller.

Stavanger kommune har flere av kjennetegnene ved både barriere- og sikkerhetsstyring. Til tross for dette kom det frem at de som arbeider med vaksinering, informasjon og overvåking ikke har barrier- og sikkerhetsstyring aktivt i tankegangen i utførelsen av arbeidsoppgavene. I tillegg kan det ser ut som informantene har et fragmentert bilde av meslinger som reell risiko, og at ansvarsfordelingen for vurdering av risikoen er diffus. Dette leder til synlige svakheter og sårbarheter ved systemet. Dette fører til relativt passive tiltak dersom statistikker over dekningsgrader er under på 95 prosent. Tiltakene består av å dobbeltsjekke statistikk og korrigere eventuelle feil og mangler. Dette bidrar til mer korrekt statistikk, men det kan diskuteres om det burde vært tatt i bruk mer aktive tiltak i bydeler hvor statistikken er nede, slik at sannsynligheten for at lommer oppstår reduseres.

Det er funksjonen til vaksiner som gjør vaksinasjon til en del av folkehelsearbeidet som er kritisk for at samfunnet skal kunne være fritt for allmenfarlige smittsomme sykdommer. Det at dette er en arbeidsoppgave og et ansvarsområde som er flyttet til kommunene fører med seg tilhørende funksjonsevne og kapabiliteter kommunene selv må opprettholde. Ser man vaksinasjon mot meslinger opp mot Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap sin karakterisering av folkehelsearbeid ser man tydelig at kapabiliteten i Stavanger kommune på flere områder burde styrkes. Det burde vært klarere ansvarsfordeling i forhold til vurdering av meslinger som risiko. Det er disse som er førstelinjen og vil ha større mulighet til å fange opp sårbarheter.

Oppsummert sikrer Stavanger kommune dekningsgraden på 95 prosent med hjelp av ovennevnte tiltak og virkemidler. Ser man til lover og forskrifter fra nasjonale myndigheter illustreres det hvordan rammebetingelser oppfyller visse hull i barrierer, og former manglende virkemidler til funksjoner i kommunen som vil stå svakere ved eventuelle utbrudd. Dette består kun av skrift og retningslinjer, og når tankegangen mellom det kommunale og nasjonale er ulikt (i form av ønsket om fravær av tvang og isolasjon) vil det kunne oppstå verdikonflikter i den praktiske gjennomføringen.

## 7.1 Videre forskning

I arbeidet med dette prosjektet var det flere elementer vi fant av interesse for videre forskning. Ved funn om at statistikk har vært manglende de siste to årene på bakgrunn av tekniske feil, i tillegg til at en så stor del av arbeidet bestod av å gå inn å dobbeltsjekke feilrapporteringer, kunne det vært av interesse og videre undersøkt påliteligheten til dette rapporteringssystemet.

Vårt største funn leder derimot frem til hvordan man kan tenke seg at meslinger faktisk kan utbre seg i Stavanger kommune i form av lommer. Dette har vi tatt med videre i emnet risikobasert styring, hvor vi ved hjelp av en kvantitativ tilnærming vil undersøke hvilke svikt som faktisk må forekomme for at meslinger kan utbre seg i kommunen.

For å få et annet perspektiv på risikoen for meslinger hadde det vært verdifullt for prosjektgruppen å utføre intervju av fastleger i Stavanger kommune da det er de som møter de smittede og syke. I tillegg kan det hende at fastlegene kunne hatt informasjon om sikring og forebygging av smittefare, og dermed styrket oppgaven.

# 8. Litteratur

Aavitsland, P. (2019, 29.mars). Meslinger! Det er alarm!. *Aftenposten.* Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/0npgv2/Meslinger-Det-er-alarm--Preben-Aavitsland?fbclid=IwAR0naF2HNsPPAjOsXfo3EVMsdt3OhFnkopG7WgLWnubuEjzZuFS6EJ2dIGM>

Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H. & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet.* Oslo: Universitetsforlaget.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2016). *Samfunnets kritiske funksjoner.* Hentet fra<https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/kiks-2_januar.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2017). *Folkehelseprofilen Stavanger.* Hentet fra <https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/samfunnsutvikling/undersokelser-og-rapporter/folkehelseprofil-2017.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2018, 18.april). Om SYSVAK. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/sysvak/om-sysvak/>

Folkehelseinstituttet. (2018, 23.oktober). Slik meldes fødsel til Medisinsk fødselsregister. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/slik-meldes-fodsler-/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 08.januar). Vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder (MMR). Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/vaksine/barnevaksinasjonsprogrammet/vaksinene-i-barnevaksinasjonsprogrammet/vaksine-mot-meslinger-kusma-og-rode-hunder-mmr-vaksine/>

Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. (2017). Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. (FOR-2009-10-02-1229). Hentet fra<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-10-02-1229>

Helseberedskapsloven. (2000). Lov om helsemessig og sosial beredskap (LOV-2000-06-23-56. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_1>

Heradstveit, D & Bjørgo, T. (1992). *Politisk kommunikasjon* (2.utg). Oslo: Tano

Kjeldsen, J.E. (2014). *Hva er retorikk?* Oslo: Universitetsforlaget. Kapittel 1,3.

Medisinsk fødselsregisterforskriften. (2009). Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (FOR-2001-12-21-1483). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483#KAPITTEL_3>

Olsen, K.H. (2012). “Retorikk og tilsyn” i Lindøe, P.H., Braut, G.S., Kringen, J. *Risiko og tilsyn, Risikostyring og rettslig regulering.* Oslo: Universitetsforlaget.

Petroleumstilsynet . (2017) Prinsipper for barrierestyring i petroleumsvirksomheten. <http://www.ptil.no/getfile.php/1315640/PDF/Prinsipper%20for%20barrierestyring%20i%20petroleumsvirksomheten.pdf>

Reason, J. (1997). Managing the Risks of Organizational Accidents. New York: Ashgate Publishing

Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-2017-03-03-8). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>

Stavanger kommune. (2017b). Plan for helsemessig- og sosial beredskap.

Stavanger kommune. (2017a). Smittevernplan for Stavanger kommune.

Wakefield. A., Murch. S., Anthony. A., Linnell. J., Casson. D., Malik. M., Berelowitz. M., Dhillon. A., Thomson. M., Harvey. P., Valentine. A., Davies. .S & Walker-Smith. J. (1998. 08,februar) *Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children.* Hentet fra [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(97)11096-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2897%2911096-0.pdf)

World Health Organization, WHO. (2017, 28. april). Weekly epidemiological record – measles vaccines: WHO position paper- April 2017. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255149/WER9217.pdf;jsessionid=89495424B92EBBE7617715E77003F40C?sequence=1&fbclid=IwAR1zN_PG2WJa5VyfBqeDg_ej6-Hqts8Qlpwix-JNCnZk9z9r_REvixg0hLg>

VEDLEGG 1: oversikt over vaksinasjonsprogrammet



(Kilde: FHI)

VEDLEGG 2: Intervjuguide - helsesykepleier

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervju-****objekt:**Helsesyke-pleier | **Virksomhet:**Stavanger kommuneHelsestasjon:  | **Tema:**Vaksinasjon mot meslinger |
| Nr. | Spørsmål: | Kommentar: |
| **Bakgrunn** |
| 1 | Hvilken bakgrunn har du? |   |
| 2 | Kan du fortelle litt om hva arbeidshverdagen din går ut på og hvilke ansvarsområder har du? |   |
| **Rammebetingelser, mål og krav** |
| 3 | Hvordan påvirker nasjonale retningslinjer arbeidet deres med vaksinering? |  |
| 4 | Hvilke krav har dere blitt pålagt fra nasjonalt hold? |  |
| 5 | Hvordan vil et eventuelt fall i dekningsgraden håndteres, ut i fra ditt ansvarsområde? |  |
| 6 | Hvordan påvirker frivillighet ved vaksinering deres arbeid, samtidig som retningslinjer fra nasjonalt hold tilsier at det ved utbrudd kan foretas tvangsvaksinering? |  |
| **Arbeids- og ansvarsoppgaver** |
| 7 | En av arbeidsoppgavene dere har er å veilede befolkningen. Hvordan veileder dere foreldre som velger å gjennomføre vaksinasjonen, og de som ikke velger vaksinering? Hvordan følger dere opp med barnevaksinasjonsprogrammet? |   |
| 8 | Hvilke tanker har du rundt det at noen velger å ikke vaksinere sine barn mot meslinger?  |   |
| 9 | Hva gjør dere dersom du møter foreldre som ikke ønsker å vaksinere barnet sitt?  |   |
| 10 | Hva opplever du er grunnen til at noen takker nei? |   |
| 11 | Er det noen samfunnsgrupper som utpeker seg som større vaksinemotstandere enn andre? |   |
| 12 | Har dere noen rutiner eller prosedyrer for å imøtekomme de gruppene som stiller seg kritisk til vaksinering? |   |
| **Informasjonsflyt** |
| 13 | Hvordan får dere opplysninger om nye barn som blir født, og som skal inn i helsestasjonssystemet?  |  |
| 14 | Hvordan informerer dere nybakte foreldre om barnevaksinasjonsprogrammet? |  |
| **Annet** |
| 15 | Hvordan påvirker frivillighet ved vaksinering deres arbeid, samtidig som retningslinjer fra nasjonalt hold tilsier at det ved utbrudd kan foretas tvangsvaksinering? |  |
| 16 | Er det andre viktige momenter du mener det er viktig å få frem i denne sammenhengen?  |  |

VEDLEGG 3: Intervjuguide - Smittevernoverlege

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervju- objekt:**Smittevern-overlege | **Virksomhet:**Stavanger smittevernkontor | **Tema:**Vaksinasjon mot meslinger |
| Nr. | Spørsmål: | Kommentar: |
| **Bakgrunn** |
| 1 | Hvilken bakgrunn har du? |   |
| 2 | Kan du fortelle litt om hva arbeidshverdagen din går ut på og hvilke ansvarsområder har du? |   |
| **Smittevernkontorets rolle og rammebetingelser ift målkrav og lovgivning** |
| 3 | Hvilken vaksinasjonsprosent mener dere er ideell ift dekningsgraden av meslinger, og hvilke tiltak ville da vært aktuelle for å nå det målet?  |   |
| 4 | Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram skal dere gi informasjon om vaksinasjonsprogrammet. Hvordan jobber dere med dette? |   |
| 5 | Smittevernlovens formål er å forebygge og motvirke at smittsomme sykdommer sprer seg. Hvilke tiltak gjør dere for å imøtekomme lovkravet? |   |
| 6 | Kommunen og helsestasjonene har ansvar for å tilby MMR-vaksine gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Hvordan bidrar dere, eller hvilken tilknytning har dere til gjennomførelse av MMR-vaksinen gjennom barnevaksinasjonsprogrammet?  |   |
| 7 | Dere tilbyr gratis vaksinasjon til de som ikke har fullført barnevaksinasjonsprogrammet. Kommer det mange som ikke er vaksinert og hva opplever du er grunnen til at de ikke blir vaksinert som barn? |   |
| **Analyser, forebygging og beredskap** |
| 8 | Tall fra 2018 viser at Stavanger kommune hadde en dekningsgrad på 94,5 prosent av 9-åringer som var vaksinert mot meslinger. Dersom dere overvåker vaksinasjonsprosenten for meslingvaksinasjon, hvilken risikobasert tilnærming anvender dere? |  |
| 9 | Folkehelseprofilen for kommunen oppdateres årlig. Hvordan utfører dere kontroll/overvåking av vaksinasjonsprosenten for meslinger gjennom et år? |   |
| 10 | Hvilke tiltak gjør dere for å forebygge utbrudd av meslinger, og når aktiverer dere nye tiltak for å opprettholde dekningsprosenten på 95? |   |
| 11 | Hvordan anses smitte av meslinger som en trussel mot kommunenes innbyggere? |  |
| 12 | Hvorfor tror dere at det likevel kan oppstå en oppblomstring av smittekilder til tross for at dekningsgraden ligger på rundt 94%? |  |
| 13 | Har dere sett for dere “worst case” for scenarioet meslingutbrudd, og hvordan vil det eventuelt utarte seg? Hva er “worst case” for dere? |  |
| 14 | Har dere noe samarbeid med beredskapsavdelingen i Stavanger kommune?  |  |
| **Annet** |
| 15 | Er det andre viktige momenter du mener det er viktig å få frem i denne sammenhengen?  |  |
| 16 | Hvordan ser dere for dere fremtiden, med tanke på den økte oppmerksomheten rundt vaksinemotstandere, og den offentlige debatten rundt dette de siste årene? |  |

VEDLEGG 4: Intervjuguide - Fagkonsulent

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervju- objekt:**Fag-konseulent  | **Virksomhet:**Stavanger kommuneSentrum Helsestasjon  | **Tema:**Vaksinasjon mot meslinger |
| Nr. | Spørsmål: | Kommentar: |
| **Bakgrunn** |
| 1 | Hvilken bakgrunn har du? |   |
| 2 | Kan du fortelle litt om hva arbeidshverdagen din går ut på og hvilke ansvarsområder har du? |   |
| **Ansvarsroller og rammebetingelser ift målkrav og lovgivning** |
| 3 | Hvilken vaksinasjonsprosent mener dere er ideell ift dekningsgraden av meslinger, og hvilke tiltak ville da vært aktuelle for å nå det målet?  |   |
| 4 | Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram skal dere gi informasjon om vaksinasjonsprogrammet. Hvordan jobber dere med å videreføre informasjonen til befolkningen? |   |
| 5 | Smittevernlovens formål er å forebygge og motvirke at smittsomme sykdommer sprer seg. Hvilke tiltak gjør dere for å imøtekomme dette lovkravet? |   |
| 6 | Hvilke krav stilles til deg for det arbeidet som du utfører? Utfører dere for eksempel egne risikoanalyser, og er det krav om at alle helsesykepleiere selv må være vaksinert? |   |
| 7 | Hvordan vil et eventuelt fall i dekningsgraden håndteres, ut i fra ditt ansvarsområde? |   |
| **Analyser, forebygging og beredskap** |
| 8 | Tall fra 2018 viser at Stavanger kommune hadde en dekningsgrad på 94,5 prosent av 9-åringer som var vaksinert mot meslinger. Dersom dere overvåker vaksinasjonsprosenten for meslingvaksinasjon, hvilken eventuell risikobasert tilnærming anvender dere? |   |
| 9 | Hvordan fungerer kommunikasjonsflyten mellom de ulike nivåene? Da er det tenkt fra helsesykepleier, til beredskapsgruppen og opp til helsedirektoratet.  |  |
| 10 | Hvilke tiltak gjør dere for å forebygge utbrudd av meslinger, og hva må til for å aktiverer nye tiltak for å opprettholde dekningsprosenten på 95? |   |
| 11 | Hvilken planleggingsstrategi anvender dere for å nå målene og komme frem til hvilke tiltak dere ønsker å benytte?  |  |
| 12 | Hvorfor tror dere at det likevel kan oppstå en oppblomstring av smittekilder til tross for at dekningsgraden ligger på rundt 94%? |  |
| 13 | Har dere sett for dere “worst case” for scenarioet meslingutbrudd, og hvordan vil det eventuelt utarte seg? Hva er “worst case” for dere? |  |
| **Annet** |
| 14 | Er det andre viktige momenter du mener det er viktig å få frem i denne sammenhengen?  |  |
| 15 | Hvordan ser dere for dere fremtiden, med tanke på den økte oppmerksomheten rundt vaksinemotstandere, og den offentlige debatten rundt dette de siste årene? |  |

VEDLEGG 5: Intervjuguide - Spesialrådgiver

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervju- objekt:**Bered-skapsavd-elingen | **Virksomhet:**Stavanger kommune | **Tema:**Beredskap mot smittsomme sykdommer  |
| Nr. | Spørsmål: | Kommentar: |
| **Bakgrunn** |
| 1 | Hva er din bakgrunn?  |   |
| 2 | Kan du fortelle litt om hva arbeidshverdagen din går ut på, og hvilke ansvarsområder har du? |   |
| **Rammebetingelser og ansvarsrolle**  |
| 3 | Hvilke lover og forskrifter fungerer som rammebetingelser for deres arbeid med beredskap knyttet til fare ved smittsomme sykdommer? |   |
| 4 | Har du ansvar har beredskapskoordinator/ rådgiver for opplæring i risikostyring i driftsenhetene? (Helsestasjon, smittevernkontoret) Hvordan eventuelt utfører du opplæringen til andre enheter?  |   |
| 5 | Hvilke andre aktører er involvert i beredskapsarbeidet med smittsomme sykdommer? |  |
| **Analyser, forebygging og beredskap** |
| 6 | I følge WHO bør dekningsgrad for vaksinasjon av meslinger være 95% for å oppnå flokkimmunitet. Har du (f.eks. gjennom samråd med helsestasjonene) noen formening om hvor lavt en må ned i dekningsgrad for meslinger før det iverksettes tiltak?  |  |
| 7 | Dere nevner overvåkning som forebyggende tiltak, har dere noen andre tiltak som er med på å forebygge utbrudd av smittsomme sykdommer? |   |
| 8 | I hvilken grad kan eksisterende HROS-analyser og beredskapsplaner innen smittsomme sykdommer bli implementert ved eventuelt utbrudd av meslinger? |  |
| 9 | Har aktører (f.eks smittevern og helsestasjon) som arbeider med forebygging av meslinger tilgang til beredskapsplaner? Har de kjennskap til planer ved eventuelt utbrudd av smittsomme sykdommer? |   |
| 10 | Gjennom arbeidet vårt har vi plukket opp at noen har sagt at de anser muligheten for meslingutbrudd som liten. Er dette noe dere i kommunen har tatt stilling til? |  |
| 11 | På hvilket nivå har dere analysert sannsynligheten for en pandemi/epidemi? Er det delt inn i ulike typer infeksjoner, eller bare analysert pandemi generelt? * generaliserende planer (overordnet)
 |  |
| 12 | Har du noen formening om hvor mange tilfeller av meslinger som må oppstå før det blir ansett som en ut større utbrudd? (f.eks. i kommunen)  |  |
| 13 | Hvilken metode bruker dere for risikovurdering/ kartlegging i kommunen? Anvender dere en risikobasert tilnærming for å kartlegge farekildene ved et eventuelt utbrudd/epidemi?  |  |
| 14 | Hvordan er beredskapsarbeidet i kommunen organisert? Og hvordan fungerer rapportering- og varslingssystem innad i kommunen? |  |
| **Annet** |
| 15 | Er det mulig å få ettersendt plan for helsemessig- og sosial beredskap?  |  |
| 16 | Er det andre viktige momenter du mener det er viktig å få frem i denne sammenhengen?  |  |

VEDLEGG 6:Rammebetingelser

Lover som stiller krav til risikostyringen til Stavanger kommune.

|  |
| --- |
| Myndigheter og regelverk |
| Regelverk | Beskrivelse | Forvaltningsorgan |
| Helse- og omsorgstjenesteloven | Lovens formål er å fremme folkehelse, fremme trygghet i samfdepartementetunnet, bidra til bedre levevilkår for vanskeligstilte, sikre et levedyktig bosted. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) | Helse- og omsorgs-departementet |
| Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram | Loven plikter kommunen til å tilby og gjennomføre vaksinering mot smittsomme sykdommer, i tillegg til å gi informasjon om vaksinasjonsprogrammet og hvordan kommunen gjennomfører det. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) |
| Smittevernloven | Lovens formål er å forebygge og motvirke at smittsomme sykdommer sprer seg innad i Norge eller til andre land. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) |
| Folkehelseloven | Loven skal fremme folkehelsen som bidrar til samfunnsutvikling. Loven skal også sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) |
| Helsepersonelloven | Formålet med loven er å yte til en bedre sikkerhet for pasienter og bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten, i tillegg til å skape tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) |
| SYSVAK-registerforskriften | Forskriften er bakgrunnen for et System for vaksinasjonsprogram for mennesker med regler for innsamling og behandling av helseopplysninger i registeret. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) |