

Informations betydning for forældres beslutningstagning i det danske børnevaccinationsprogram

- *Forandring ud fra et brugerperspektiv*



Navn:	<u>Gr. 10324</u> Annette Munkbøl Lone Lassen Nina Hjort Jensen
Semester:	10. semester, kandidatspeciale Folkesundhedsvidenskab
Vejleder:	Tine Mechlenborg Kristiansen
Fakultet:	Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet Aalborg Universitet
Aflevering:	01.06.2016
Anslag:	287.731 anslag inkl. mellemrum

Denne specialerapport, eller dele heraf, må kun offentliggøres med tilladelse fra forfatterne og med referencehvisning til rapporten.

Resumé

Baggrund: Børnevaccinationer er aktuelt et omdiskuteret emne i den danske folkesundhedsdebat, hvor specielt HPV-vaccinen, som en del af det danske børnevaccinationsprogram, debatteres. Forældres beslutningstagning om vaccination knytter sig til et valg, hvor der indgår overvejelser om barnets sundhed. De seneste år er der registreret en faldende tilslutning til sundhedstilbuddet, hvor forældres tvivl og bekymring om børnevacciner ses som et voksende fænomen. I takt med dette, kan det nuværende informationsgrundlag ses som værende udfordret. Af sundhedslovens ret til informeret samtykke, ses en brugerorienteret tilgang. Forældres oplevelse af det nuværende informationsgrundlag er ikke undersøgt i en dansk kontekst, hvorved der ses et aktuelt videnshul.

Formål: Specialets formål er, ud fra en brugerorienteret tilgang at undersøge forældres oplevelser og erfaringer relateret til nuværende informationsgrundlag i det danske børnevaccinationsprogram. Ydermere undersøges forældres ønsker og behov for information og inddragelse, for derved at udlede forandringsforslag tilpasset disse.

Metode: I specialet anvendes en fortolkende interviewundersøgelse med semi-strukturerede interview med førstegangsførelse, herunder fem individuelle med mødre og et dyadisk med et forældrepar. Den empiriske analyse er foretaget ud fra en hermeneutisk analysestrategi med anvendelse af en abduktiv tilgang i analysens fjerde trin. Hertil er udvalgte begreber af Niklas Luhmann, Thomas Breck og Sherry R. Arnstein inddraget. Desuden er en systematisk litteratursøgning udført, til udarbejdelse af litteraturanalyse, som baggrund for interviewguide og til brug i diskussion af den empiriske analyses resultater.

Resultater: Det fremgår, at det aktuelle inddragelsesniveau er lavere end svarende til forældres ønsker og behov. Dertil findes en gennemgående oplevet uforudsigelighed i forhold til hvor, hvornår og af hvem der kunne forventes information. Endvidere fremgår tidlig information inden barnets første vaccination ved tre måneders alderen, samt balanceret og kombineret skriftlig og mundtlig information som værende betydningsfuld. Sundhedsstyrelsens pjece "Børnevaccinationsprogrammet i Danmark – 2015" opleves anvendelig, men hvor længde og sprogbrug heri opleves som en barriere og derved ikke findes tilpasset den brede befolkning. Ydermere viser resultaterne at forældreuddannelser anses som et oplagt sted for italesættelse og informationsformidling af børnevaccination, i kraft af at tillid og erfaringsudveksling er væsentlige elementer på disse uddannelser.

Konklusion: Der fremgår flere forandringsspektiver relateret til praksissektoren og de kommunale sundhedsordninger. Overordnet anbefales tidlig informationsgivning, balanceret information og italesættelse af vaccinationsvalget medtænkt i det videre sundhedsfaglige arbejde. Ydermere fremgår et behov for yderligere fokus på procedurer for udlevering af skriftligt informationsmateriale, samt behov for mundtlig information som et supplement til skriftlig information. Mere konkret kan det anbefales at Sundhedsstyrelsens pjece ændres så den tilpasses niveauet for den brede befolkning og at der på forældreuddannelser, indføres et emne om vaccination. Det kan dog konkluderes, at der på flere områder er behov for mere forskning, som inddrager de relevante aktører fra sundhedsvæsenet for at opnå et helhedsorienteret perspektiv på praksisorienterede forandringsmuligheder.

Abstract

Background: Childhood vaccinations are currently a hot topic in the Danish public health debate, particularly the HPV-vaccine as part of the Danish childhood vaccination programme. Parents' decisions about vaccination is linked to a choice related to the individual child's health. In recent years, a declining commitment to this health offer is recorded, where parents doubt and concern about childhood vaccines is seen as a growing phenomenon. Concurrently, the current information base is being challenged. A user-oriented approach is verified through the right to informed consent, as stated in the health legislation. Parents' experience of the current information base has not been studied in a Danish context, which indicates a lack of knowledge.

Objective: The aim of the thesis is to examine parents' experiences related to the current information base in the Danish childhood vaccination program, based on a user-oriented approach. Furthermore, parents' wishes and needs for information and involvement is examined, in order to derive change proposals adapted to these.

Method: This thesis uses an interpretive interviewstudy with semi-structured interviews of first-time parents, including five individual interviews with mothers and one dyadic interview with parents. The empirical analysis is based on a hermeneutical analysis including the use of an abductive approach in the fourth step of the analysis. In addition, selected theoretical concepts of Niklas Luhmann, Thomas Breck and Sherry R. Arnstein are included. Furthermore, a systematic literature search is conducted for the production of a literary analysis as a basis for themes in the interview guide and for use in the discussion of the results from the empirical analysis.

Results: It appears that the current level of participation is lower than the level corresponding to the parents' wishes and needs, just as they had only received limited information about vaccination. A general experience of unpredictability related to how, when and by whom the parents could expect to receive information, occurs. Furthermore, early information prior to the child's first vaccination at three months of age, as well as balanced and combined written and verbal information, emerged as being important. The pamphlet "The Danish childhood vaccination programme 2015" by Sundhedsstyrelsen is experienced usable, but the length and language herein perceived as being at too high a level for the general public. Furthermore, the results show that the parent training programme is considered as an ideal place for articulation and dissemination of childhood vaccination, by virtue of trust and exchange of experience as essential components in these fields.

Conclusion: More perspectives of change, related to the practice and the municipal health plans, occurs Overall early information communication, balanced information and articulation of the choice related to the childhood vaccination program, is identified as recommendations for future health care work. Moreover, a need for more focus on procedures for the extradition of written information appears, as well as a need for verbal information as a supplement to written information. More specifically, it is recommended that the pamphlet from Sundhedsstyrelsen is changed to adapt the level of the general population and that the parent training programme introduces a topic on vaccination. It can be concluded that in several areas the need for further research involving relevant stakeholders from the health care system, to achieve a holistic perspective on practice-oriented options of change.

Forord

Denne specialerapport er udarbejdet af tre specialestuderende: Annette Munkbøl, Lone Lassen og Nina Hjort Jensen i perioden: 1. februar– 1. juni 2016 på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aalborg Universitet.

Rapporten er udarbejdet med det formål at undersøge brugerinddragelsesperspektivet relateret til det danske børnevaccinationsprogram. I denne forbindelse undersøges danske forældres behov og oplevelser med informationsgrundlaget for sundhedstilbuddet, for dernæst at udlede forslag til forandringsperspektiver. Det er vigtigt for os at oplyse, at specialet ikke har til hensigt at undersøge, til eller fravalg af vaccination, eller at forholde sig til dette etiske spørgsmål, hvorfor vi søger at forholde os neutralt til dette.

En stor tak skal lyde til følgende, som har givet deres bidrag til udarbejdelse af specialerapporten: Vores vejleder Tine Mechlenborg Kristiansen, som har bidraget med kompetent og inspirerende vejledning og Henrik Vardinghus-Nielsen, som har bidraget med supplerende vejledning og inddraget os i Luhmanns teoretiske univers.

Yderligere skal der lyde en stor tak for samarbejdet til den kommunale sundhedspleje for hjælp til kontaktetablering til forældrene og ikke mindst en stor tak til de syv deltagende forældre, der via deres fortællinger om oplevelser, erfaringer, ønsker og behov har bidraget til specialets empiriske grundlag og dermed forandringsperspektiver.

Rigtig god læselyst!

Annette, Lone & Nina

Aalborg, juni 2016



Annette Munkbøl



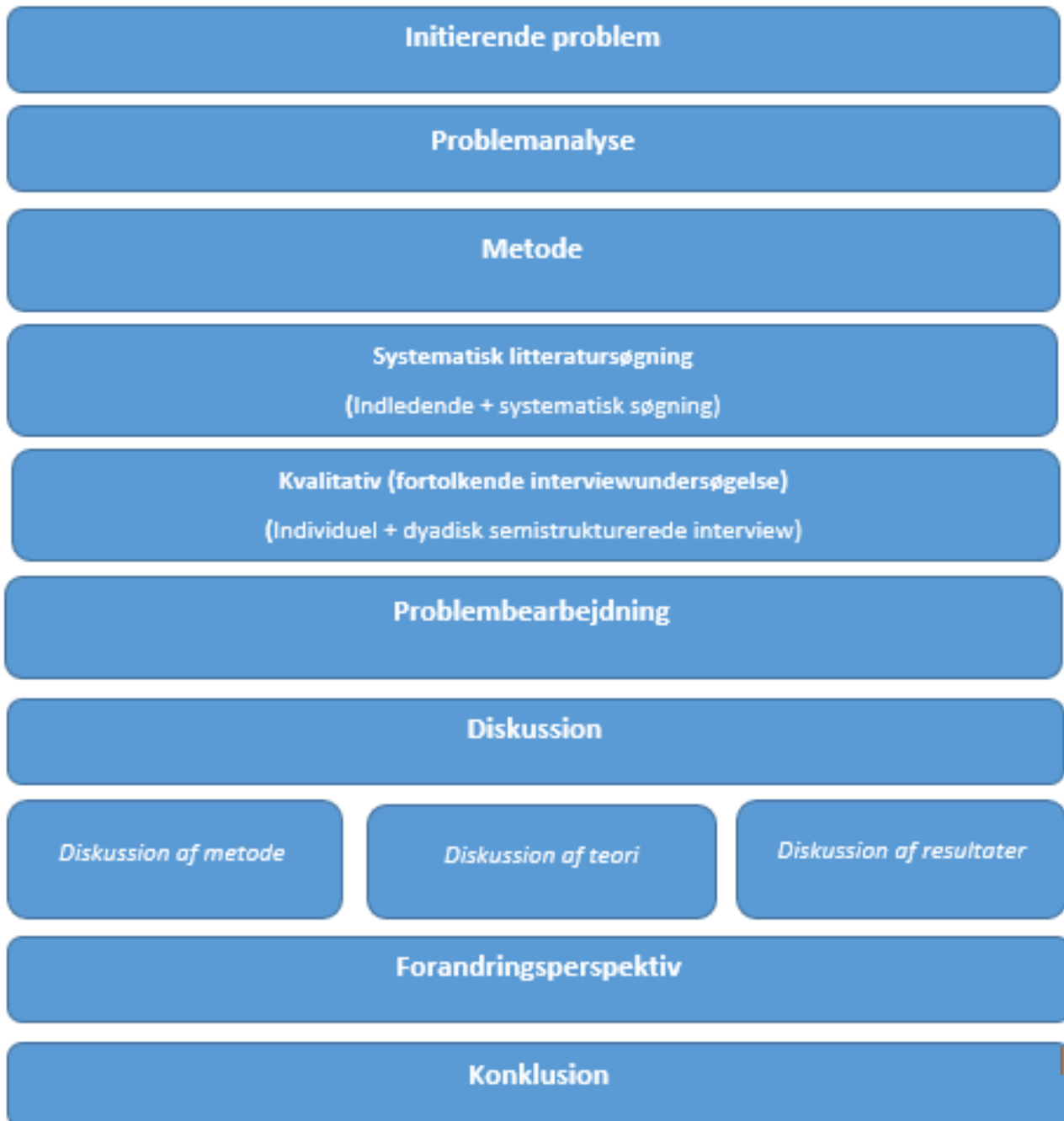
Lone Lassen



Nina Hjort Jensen

Læsevejledning

Nedenstående læsevejledning har til formål at illustrere en systematisk oversigt over specialerapportens indhold.



Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem.....	1
2. Problemanalyse	3
2.1 Et samfundsperspektiv på børnevaccinationsprogrammet	3
2.1.1 Børnevaccination som primær forebyggelse – et nationalt og globalt perspektiv	3
2.1.2 Brugerinddragelse i et samfundsperspektiv.....	5
2.2 Et forælderperspektiv på børnevaccination.....	8
2.2.1 At være forælder i beslutningstagningen.....	8
2.2.2 Hesitancy; tvivl og bekymring.....	10
2.3 Et paradigmeskifte med indflydelse på en løbende forandring	12
2.3.1 Valg vedrørende sundhed og sygdom – et personligt ansvar	14
2.4 Tillid mellem sundhedsmyndigheder og forældre	15
2.5 Kommunikation om børnevacciner	17
2.5.1 Informationens betydning for brugerinddragelse og beslutningstagning	17
2.6 Problemafgrænsning	20
3. Formål og problemformulering	21
3.1 Formålsbeskrivelse	21
3.2 Problemformulering	21
3.2.1 Begrebsdefinition	21
4. Metode	22
4.1 Litteratursøgning	22
4.1.1 Indledende søgning	22
4.1.2 Systematisk søgning	23
4.2 Videnskabsteori og teoretisk perspektiv.....	26
4.2.1 Konstruktionisme som epistemologi.....	26
4.2.2 Gadammers filosofiske hermeneutik.....	27
4.2.3 Hermeneutik og metodiske principper.....	28
4.3 Fortolkende interviewundersøgelse.....	30
4.3.1 Det individuelle og dyadiske forskningsinterview	30
4.3.2 Det semistrukturerede interview	31
4.3.3 Interviewguide.....	32
4.3.4 Adgang til feltet	33
4.3.5. Udvalgelse og rekruttering af informanter	33
4.3.6 Udførelse af interviewet.....	34

4.4 Transskribering af empiri.....	36
4.5 Analysestrategi	37
4.6 Ethiske overvejelser	39
4.6.1 Ethiske overvejelser i det kvalitative forskningsfelt	39
4.6.2 Mikro og makroetiske overvejelser	40
5. Problembearbejdning	42
5.1 Litteraturanalyse til udformning af interviewguide	42
5.2 Teoretisk anvendelse.....	43
5.2.1 Niklas Luhmann	43
5.2.2 Thomas Breck- Risikokommunikation	48
5.2.3 Sherry R. Arnstein - Deltagerstigen	49
5.3 Empirisk analyse	51
5.3.1 Præsentation af forældre	51
5.3.2 Forældres informationsbehov – <i>”Man er fuldstændig fremmede”</i>	52
5.3.3 Mundtlig og skriftlig information; supplement til hinanden	55
5.3.4 At opveje fordele og ulemper.....	57
5.3.5 Oplevelsen af pjecen – <i>”der er mange flere ting i det end bare lige den pjece”</i>	59
5.3.6 Italesættelse og erfaringsudveksling; opnåelse af risikobevisthed.....	64
6. Diskussion	72
6.1 Diskussion af metode	72
6.1.1 Troværdighed	72
6.1.2 Overførbarhed	75
6.1.3 Konsistens.....	76
6.1.4 Transparens	77
6.1.5 Diskussion af litteratursøgning.....	78
6.2 Diskussion af teori	80
6.2.1 Niklas Luhmann – kommunikation, tillid og risiko.....	80
6.2.2 Thomas Breck – risikokommunikation og de tre idealtyper.....	81
6.2.3 Sherry R. Arnstein - deltagerstigen.....	82
6.3 Diskussion af resultater	83
6.3.2 Uforudsigeligt; hvornår, hvor og hvem?.....	85
6.3.2 Tillidsskabelse og betydningen heraf - opveje fordele op imod bivirkninger	87
6.3.3 Italesættelse af vaccinationsvalget	88
6.3.4 Forståelsen af pjecen favner ikke bredt	89

6.3.5 Ønsket om balanceret information	91
7. Forandringsperspektiv	92
7.1 Overordnede anbefalinger	92
7.2 Konkrete forandringsforslag.....	93
7.2.1 Udlevering af skriftligt informationsmateriale	93
7.2.2 Børnevaccination som emne på danske forældreuddannelser	93
7.2.3 Målrette Sundhedsstyrelsens pjece til målgruppen.....	95
7.2.4 Mundtlig information som et supplement	96
7.3 Afrunding.....	96
8. Konklusion	98
9. Referenceliste	99

1. Initierende problem

Som et nationalt gratis sundhedstilbud udbydes børnevaccinationsprogrammet, hvori der indgår seks vaccinationer for drenge og syv for piger i alderen 3 måneder til 12 år, som retter sig mod forebyggelse af følgende ni infektionssygdomme: difteri¹, stivkrampe², kighoste³, polio⁴, Hib-infektion⁵, pneumokok infektion⁶, mæslinger⁷, fåresyge⁸ og røde hunde⁹. Desuden tilbydes HPV-vaccination (Human Papilloma Virus) mod Cervix Cancer (livmoderhalskræft) til piger. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle raske børn vaccineres (Sundhedsstyrelsen 2014), hvortil Verdens Sundhedsorganisationen (WHO) har udarbejdet en global strategi for primær forebyggelse af børnesygdomme (World Health Organization 2015). I forebyggelsen af bl.a. mæslinger, som ifølge Statens Serums Institut vurderes til at være den mest smitsomme børnesygdom, kræves en vaccinationsdækning på 95% (Statens Serums Institut 2016b). Aktuelt ses en faldende tilslutning til flere af børnevaccinerne, mere specifikt MFR (Mæslinger-fåresyge-røde hunde) og HPV-vaccinen, hvorved de nationale mål for vaccinationsdækningen i 2015 ikke er nået (Statens Serums Institut 2016a). Dette synes at vidne om en eksisterende diskrepans mellem samfundets nationale målsætning for folkesundheden og forældres brug af sundhedstilbuddet. Forud for vaccinationsvalget fastsætter Sundhedslovens paragraf 15-17 kravet om, at forældres informerede samtykke skal indhentes på baggrund af fyldestgørende, forståelig og tilpasset information om eventuelle komplikationer og bivirkninger (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014). Ifølge videnskabelig litteratur på området (Dubé et al. 2016; Samuelsson & Blennow 2003), tyder det på, at informationen som gives, eller som forældre selv indhenter, i forbindelse med stillingtagen til vaccination, har betydning for beslutningstagningen, hvor informationsgivning herved spiller en aktiv rolle. I takt med udviklingen af det moderne samfund, ses en nyere tendens til at forældre udviser bekymring, tvivl og usikkerhed i deres beslutningstagning og ikke finder informationen fra sundhedsvæsenet tilstrækkelig til at træffe et valg på et informeret grundlag (Dubé et al. 2016). Det tyder derved på, at differentierede opfattelser af begreberne sundhedsfremme og forebyggelse i en folkesundhedskontekst mellem forældre og samfund hermed opstår.

¹ Bakteriel smitsom sygdom hvor giftstof spredes i kroppen og kan medvirke livstruende tilstande. Vaccine gives ved 3,5 og 12 måneder.

² Infektionstilstand af jordbakterie hvor giftstof medvirker muskelstivhed og krampetilstand. Vaccine gives ved 3, 5 og 12 måneder.

³ Bakteriel smitsom sygdom der smitter via luftvejene. Kan være livstruende for spædbørn. Vaccine gives ved 3,5 og 12 måneder.

⁴ Smitsom virus der forårsager muskellammelse, eventuelt vejrtrækningsmuskulaturen. Vaccine gives ved 3,5 og 12 måneder.

⁵ Bakteriel sygdom der kan forårsage livstruende hjernehinde- og strubelågsbetændelse. Vaccine gives ved 3, 5 og 12 måneder.

⁶ Bakteriel sygdom der kan forårsage betændelsestilstande såsom lungebetændelse. Vaccine gives ved 3,5 og 12 måneder.

⁷ Smitsom sygdom der kan forårsage høj feber, udslæt, lunge- og hjernehindebetændelse. MFR-vaccine gives ved 15 mdr. og 4 år.

⁸ Smitsom virus der kan forårsage betændelse i spytkirtlerne og nedsat sæddannelse. MFR-vaccine gives ved 15 mdr. og 4 år.

⁹ Virussygdom der kan forårsage udslæt, let feber og hævede lymfeknuder. MFR vaccine gives ved 15 mdr. og 4 år. (Sundhedsstyrelsen 2014)

På baggrund af de opsatte rammer for beslutningstagningen relateret til børnevacciner, ses den aktuelle folkesundhedsdebat således at omkredse spørgsmålet om sundhed og forebyggelse i relation til vaccinationsprogrammet. I takt med at sundhed, sundhedsfremme og forebyggelse udgør en central genstand for et øget opmærksomhedspunkt, både for borgere og på det politiske plan (Holtug et al. 2009), findes det interessant hvordan sundhedsinformation og folkesundhed som begreb og definition hertil kædes sammen. Heri findes der potentiale for nærmere undersøgelse af spændet mellem forældres og samfundets interesse og ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme i forbindelse med informationsformidling og beslutningstagningen relateret til vaccinevalg, samt forandringsperspektiver herved.

2. Problemanalyse

Følgende kapitel vil fremanalysere børnevaccinationsprogrammets folkesundhedsmæssige relevans for sundhedsfremme og forebyggelse i et samfunds- og brugerperspektiv. Endvidere vil samfundsudviklingens betydning for forholdet mellem læg- og ekspertperspektivet blive fremanalyseret, ved at berøre essentielle elementer såsom tillid og ansvar knyttet til forældres beslutningstagning. Yderligere vil centrale elementer af det eksisterende informationsgrundlag relateret til forældres beslutningstagning blive udfoldet, analyseret og diskuteret, set i forhold til et forandringsperspektiv. Slutteligt vil problemanalysen munde ud i en afgrænsning samt formålsbeskrivelse, hvoraf specialets problemformulering udledes.

2.1 Et samfundsperspektiv på børnevaccinationsprogrammet

2.1.1 Børnevaccination som primær forebyggelse – et nationalt og globalt perspektiv

Set fra en folkesundhedskontekst er rutinemæssige vaccinationer, på trods af at de på samfundsniveau anses som en af de mest effektive forebyggende sundhedsindsatser i det moderne samfund (Levi 2007), samtidig ifølge Amin et al. (2012) en af historiens hidtil største sundhedsmæssige udfordringer (Amin et al. 2012). Både i en national og global kontekst, ses der flere folkesundhedsmæssige udfordringer, hvor bl.a. flere videnskabelige internationale studier anser det stigende antal forældre, der ikke tilslutter sig børnevaccinationsprogrammet som et potentielt folkesundhedsproblem (Williams 2014; Glanz, Kraus & Daley 2015), da manglende vaccine kan udgøre en risiko for sygdomsudbrud i samfundet (Sadaf et al. 2013). Den stigende globalisering fremhæves, som medvirkende til at kunne øge risikoen for tilfælde af infektioner og sygdomsudbrud, på baggrund af indvandring af ikke-vestlige befolkningsgrupper til Vesteuropa (Gushulak & MacPherson 2004). I takt med den aktuelle flygtningetilstrømning til Europa, vurderes det, at flygtninge med lavere vaccinationsdækning, kan udfordre den europæiske folkesundhed, hvorfor de danske sundhedsmyndigheder yderligere opfordrer til, at danske børn vaccineres (Statens Serum Institut 2013). I forebyggelsen af en række børnesygdomme, udbydes bl.a. MFR-vaccinen, hvor den seneste opgørelse fra Statens Serums Institut viser, at tilslutningen for fødselsårgangene 2010-2013 ses som let faldende fra 88% til 83% mellem MFR1 og MFR2 vaccinen, hvilket Statens Serum Institut vurderer utilstrækkelig for forebyggelse af nye mæslingeepidemier (Statens Serums Institut 2016a). Den samlede prævalens af mæslinger i Danmark i perioden 2010-2015, som lå fra 5-84 tilfælde pr. år (Statens Serum Institut 2016), sammenholdt med WHO's globale vaccineplan om at eliminere røde hunde og mæslinger inden udgangen af 2015 (WHO 2014), synes de nationale og globale målsætninger ikke at være nået. Dermed fremgår, at de danske sundhedsmyndigheder og WHO har fælles målsætninger om at øge vaccinationsdækningen, som nationalt kan være udfordret af, at den danske sundhedslov ligger op til det frie valg.

Ud over det nævnte frafald i tilslutningen til MFR-vaccinen, fremgår i den seneste opgørelse fra Sundhedsstyrelsen fra april 2016, en kraftig faldende tilslutning til HPV-vaccinen for fødselsårgangen 2002 fra HPV1 på 72% til HPV2 med en tilslutning på 57% (Sundhedsstyrelsen 2016a). Forklaringen hertil søger de danske sundhedsmyndigheder efter med lys og lygte, hvor der formodes, at dette kan forklares på baggrund af det øgede fokus og omtale af vaccins mulige bivirkninger, de seneste år (Pedersen & Svansø 2015). Dette synes at vidne om, at der således ses en faldende tilslutning til flere af børnevaccinerne, hvilket kan undre, når både nationale og internationale sundhedsmyndigheder har fokus rettet mod tilslutning til vaccination, hvilket indikerer at der kan være en række underliggende faktorer, der påvirker dette.

Som et nationalt sundhedstilbud i Danmark, tilbydes alle børn syv gratis forebyggende helbredsundersøgelser ved den praktiserende læge i de første fem leveår, hvoraf fire af børnevaccinerne falder sammen med undersøgelsestidspunkterne (Sundhedsstyrelsen 2014). Disse helbredsundersøgelser vurderes som essentielle for børns sundhed og trivsel, idet risikofaktorer og sygdomme tidligt kan opspores, hvorfor det anses problematisk at nogle børn ikke deltager, idet disse kan være i risiko for at udvikle et dårligt helbred (Søndergaard et al. 2008). Dog ses der i tilslutningen til disse undersøgelser en væsentlig social ulighed, som et udtryk for en social gradient i børnenes samlede helbredstilstand, hvorfor dette både er et nationalt og kommunalt fokusområde (Diderichsen et al. 2011). Dette underbygges af Ishøj Michelsen et al. (2007), der i den seneste tilgængelige danske evaluering af forebyggende børneundersøgelser dokumenterer, at demografiske og socioøkonomiske faktorer har betydning for deltagelse i børneundersøgelser, og i det danske børnevaccinationsprogram (Ishøj Michelsen et al. 2007). I takt med at flere af de anbefalede vaccinationer tilbydes i forbindelse med børneundersøgelserne (Sundhedsstyrelsen 2014), synes det sandsynligt, at den sociale ulighed ved børneundersøgelserne kan påvirke tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet, hvilket ud fra et samfundsperspektiv kan anses som særligt udfordrende. Da sundhedstilbuddet er rettet mod den raske del af befolkningen og har til hensigt at reducere potentielle risici for sygdom, anses dette som udtryk for et primært forebyggelsestiltag (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen 2014), hvor det samfundsmæssige arbejde ifølge Sundhedsloven består af at: "*... fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.*" (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014, p.1). Ud fra denne definition synes et bestemt perspektiv på sundhed og sygdom at fremgå, hvor fokus er rettet mod at forebygge og behandle sygdom, som et udtryk for en objektiv og naturvidenskabelig orienteret definition af sundhedsbegrebet. Set ud fra Steen Wackerhausens (1994) teori om det åbne sundhedsbegreb, kan dette fremanalyseres som et udtryk for et *sundhedsfundamentalistisk* sundhedssyn, hvor sundhed defineres af eksperter (Wackerhausen

1994). Foruden de førnævnte opstillede målsætninger om udryddelse af børnesygdomme, kan der ud fra et sundhedsøkonomisk perspektiv argumenteres for, at tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet er fordelagtig. Den økonomiske og folkesundhedsmæssige gevinst fremhæves at have stor medindflydelse på den samlede omkostningsbesparelse, hvor en sundhedsøkonomisk evaluering fra 2004 viser, at MFR-vaccinationsprogrammet i USA, som er lovpligtigt, har haft flere gevinster. Gevinsterne af vaccinen kan derved ses som af både økonomiske og sundhedsfremmende karakter, bl.a. via reduktion af sygdomstilfælde, antal hospitalsindlæggelser og i yderste konsekvens mortalitet, forårsaget af mæslinger og røde hunde (Zhou et al. 2004). Det kan dermed konstateres, at tilbuddet om børnevaccination, af flere studier og organisationer anses som et betydningsfuldt redskab til at forbedre den globale folkesundhed, samtidig med, at der er en gevinst i form af sundhedsøkonomiske besparelser. Dermed fremstår flere argumenter for, at der ud fra et samfundsperspektiv er flere gevinster ved at øge den samlede vaccinationstilslutning, men hvor det frie vaccinationsvalg forudsætter en brugerorienteret tilgang. Interessant nok fremgår debatten om det frie valg, ikke som et nyere fænomen i folkesundhedsdebatten. Den offentlige danske debat har i de seneste år haft fokus på perspektiver, der taler for eller imod lovpligtig vaccination, herunder etiske diskussioner om forældres ansvar for vaccination af deres børn (Søgaard & Knattrup 2015). Studier, deriblandt Salmon et al. (2006), finder at tvungen vaccination kan være effektivt for befolkningens sundhedstilstand. Yderligere påpeger studiet, at der ses stor international forskellighed og uenighed blandt både lægfolk og sundhedsprofessionelle i forhold til dette. Studiet fremhæver, at tvungen vaccination ud fra etiske perspektiver, på den ene side kan mindske forældres autonomi i forhold til at træffe et valg, og på den anden side kan bidrage til at udligne den eksisterende sociale og sundhedsmæssige ulighed (Salmon et al. 2006). For at sikre, at forældres autonomi i beslutningstagningen tilgodeses, konkluderer et australsk studie fra 2015, at frivillig vaccination forudsætter at modtagerne skal føle sig oplyst ved at modtage tilstrækkelig information (Kestenbaum & Feemster 2015). Centralt for det danske børnevaccinationsprogram vurderes det, at der forudsættes tilstrækkelig information om vaccination for at forældre kan tage et valg, når der ikke eksisterer vaccinationspligt. Herved findes det relevant at se på samfundets mål for at inddrage borgere i de sundhedstilbud der udbydes, herunder børnevaccinationsprogrammet, hvilket vil blive udfoldet i nedenstående afsnit.

2.1.2 Brugerinddragelse i et samfundsperspektiv

I takt med at borgerinddragelse i sundhedsvæsenet indgår som en af de overordnede målsætninger for flere regionale sundhedsaftaler i perioden 2015-2018 (Region Sjælland 2015; Region Nordjylland 2015; Region Syddanmark 2015), synes en brugerorienteret tilgang derved at finde sit indpas i henhold til de nationale sundhedstilbud og herunder det danske børnevaccinationsprogram.

Set ud fra det samfundsmæssige mål om at øge vaccinationstilslutningen, diskuterer studiet Amin et al (2012) vigtigheden i at fremme offentlighedens accept og forståelse af børnevaccination og rolle i at forebygge fremtidige udbrud af børnesygdomme. Ydermere diskuteres det frem, at forståelse for og accept af vacciner yderligere kan styrkes i fremtidig forskning, ved at fokusere på vaccinationsformidling og dens betydning (Amin et al. 2012). Derved kan det ud fra dette perspektiv formodes, at et øget fokus på informationsformidling vil skabe bedre forudsætninger for at forbedre folkesundheden. Yderligere tyder det på, at incitamenter for øget brugerinddragelse bl.a. er at opnå kvalitetsforbedring og økonomiske fordele, da visionen for det nationale kvalitetsprogram for sundhedsområdet, ifølge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2015), er at sikre et kvalitetssikret sundhedsvæsen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015; Sundhedsstyrelsen 2013b). Det tyder således på, at brugerinddragelse ud over at fokusere på borgernes ret til autonomi og selvbestemmelse, også udspringer af politiske hensyn til sundhedsvæsenets kvalitet og økonomi. At der kan være multifaktorielle begrundelser for øget brugerinddragelse, underbygges af Freil et al. (2009), som fremhæver, at der ud over sundhedsfaglige gevinster yderligere dokumenteres at være gevinster i forhold til økonomi og patientoplevelser (Freil et al. 2009). Det synes at beslutningstagningen i relation til børnevacciner er brugerorienteret, da sundhedstilbuddet er baseret på et frit valg, herunder retten til autonomi og selvbestemmelse. I relation til forældres oplevelser af brugerinddragelse i børnevaccinationsprogrammet, er der via specialets litteraturgennemgang ikke blevet identificeret studier, der har haft dette fokus, hvilket synes at indikere at området ikke er tilstrækkeligt belyst og der således eksisterer et videnshul. Med et øget fokus på brugerinddragelse, findes det relevant at udfolde, hvorledes dette udmøntes i praksis, og hvordan inddragelsen yderligere kan fremmes i sundhedstilbuddet. Det fremhæves af flere interessenter, at brugerinddragelse i sundhedsvæsenet kompliceres af en mangfoldighed i brug af begreber og termer (Pedersen et al. 2015; Færch & Harder 2009). Derved findes det relevant at se på Sundhedsstyrelsens definition af brugerinddragelse, da denne myndighed er den ledende inden for sundhedsområdet i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2016b). Sundhedsstyrelsens definerer begrebet som: *"Hvordan borgernes og patienternes perspektiv, herunder deres viden, holdninger og behov inddrages og får indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenets aktiviteter."* (Sundhedsstyrelsen 2013c, p.3). Herunder defineres brugere som borgere, patienter og pårørende (Sundhedsstyrelsen 2013c), hvorfor brugerbegrebet, af sundhedsvæsenet, vurderes til at være bredt defineret. Med afsæt i denne definition, vil forældre som beslutningstagere kunne benævnes som brugere af børnevaccinationsprogrammet og samtidig borgere i det danske samfund. I Danmark har inddragelse af sundhedsvæsenets brugere været et politisk fokusområde de seneste år (Færch & Harder 2009; Sundhedsstyrelsen 2013c, 2013b; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015), hvilket tyder på, at det danske sundhedsvæsen anser brugerinddragelse

som et højt prioriteret fokusområde. I forhold til det eksisterende danske informationsgrundlag, har Sundhedsstyrelsen udgivet pjecen "Børnevaccinationsprogrammet i Danmark 2015" med sundhedsfaglig information om sundhedstilbuddet. Heri informeres om børnesygdomme, vacciner, bivirkninger samt henvisning til sundhedsfaglige hjemmesider, såsom WHO og Statens Institut for Folkesundhed (Sundhedsstyrelsen 2014). Derved kan det fremanalyseres, at kommunikation og informationsformidling om risici i forhold til børnevaccinationsprogrammet er i fokus hos sundhedsmyndighederne, som ifølge den danske kommunikationsrådgiver Thomas Breck forudsætter bl.a. en demokratisk tilgang til borgerinddragelsesaspektet (Breck 1999). I denne optik findes det interessant at blot 29% af forældre i en dansk evaluering af børneundersøgelser i almen praksis fra 2007 i et survey angav, at kende til Sundhedsstyrelsens datidige pjece, hvoraf 85% angav at være tilfredse med denne (Ishøy Michelsen et al. 2007). Dette kan undre, da der i samme evaluering fremgår, at den praktiserende læge, ifølge retningslinjer, anbefales at informere forældre om det danske vaccinationsprogram med udlevering af samme pjece, allerede ved femugersundersøgelse. Kun 7% af forældrene angav at have modtaget pjecen ved denne undersøgelse, men samtidig angav at have interesse i at læse den (Ishøy Michelsen et al. 2007), hvilket derved viste, at anbefalingerne om udlevering ikke blev efterlevet i praksis. På baggrund af disse evalueringresultater, synes det at tyde på en mangel i informationsproceduren, således at alle forældre tilbydes samme muligheder for information, da det tyder på at størstedelen af forældre har en interesse i at få information for at føle sig inddraget. I forhold til brugerinddragelse og oplysningsbehov, kan dette ses i relation til den omtalte HPV-vaccine. En leder i dagbladet "Information" udgivet sidst i april 2016 argumenterer for utilstrækkelig kommunikation og oplysninger fra Sundhedsstyrelsens side, som en forklaring på den faldende tilslutning til HPV-vaccinen. På baggrund af dette fremhæves yderligere et behov for forskning om vaccins bivirkninger men ligeså en kommunikationsform, der er målrettet disse oplysninger, for at forældre kan træffe et valg på et fuldt oplyst grundlag (Villesen 2016). Opsummerende fremtræder der altså flere folkesundhedsmæssige udfordringer og perspektiver på vaccination som forebyggelse, hvor forklaringen heraf er mange og nogle endnu er ukendte. Det fremgår, at en brugerorienteret tilgang med et yderligere fokus på informationsformidling og kommunikation vurderes at have en folkesundhedsfaglig relevans. Det tyder derved på, at der på nationalt plan ses et behov for et målrettet fokus på niveauet af information og inddragelse, der formidles til forældre, der skal træffe et valg om børnevaccinationerne.

2.2 Et forælderperspektiv på børnevaccination

2.2.1 At være forælder i beslutningstagningen

Sammenholdt med, at børnevaccinationsprogrammet, som fremanalyseret i ovenstående afsnit, forudsætter en borgerorienteret tilgang, synes læggerspektivet på lige fod med samfundsperspektivet at finde sit indpas. Ifølge den danske professor Helle Timm (1997), er sundhedseksperterens perspektiv på sundhed og sygdom, som ovenstående samfundsperspektiv repræsenterer, orienteret mod kroppen, der som udgangspunkt betragtes som et udvendigt fænomen, individet på rationel vis kan forholde sig til. I modsætning hertil er læggerspektivet orienteret mod oplevelser, følelser og hverdagsliv (Timm 1997). Som tidligere fremskrevet udgør vaccinationsprogrammet et sundhedstilbud, hvortil forældres oplevelser og opfattelser af dette gennemgående ses som differentierede. Dette understøttes af studiet af Brown et al. (2010), hvor forældres vaccinationsvalg begrundes ud fra differentierede perspektiver såsom; beskyttelse af fællesskab, familietraditioner og at vaccinationsvalget udgør en obligatorisk del af forælderrollen idet blev et symbol på at være en god forælder (Brown et al. 2010). Flere studier fremhæver, at forældres beslutningstagning primært baseres på at opnå beskyttelse og kontrol over barnets sundhed (Brown et al. 2010; Glanz, Kraus & Daley 2015), hvortil der i litteraturen ses en voksende bekymring blandt forældre om vacciners sikkerhed (Levi 2007). Hertil finder et engelsk studie fra 2006, at forældres valg og intention om at beskytte barnets sundhed skal respekteres, hvorfor at forældre skal tilbydes præcis information (Casiday et al. 2006). Dette indikerer, at forældre ikke kun træffer valget ud fra samfundets interesser, men også ud fra mere individuelle og nære interesser. Med afsæt i dette, formodes differentierende opfattelser af vaccination at kunne forklares ud fra det aspekt, at sundhedsbegrebet i dag er mere individualistisk, hvor sundhed er en subjektiv opfattelse og at individuelle forebyggende forholdsregler anvendes for at opnå kontrol over egen krop og helbred (Glasdam 2009). Som fremanalyseret i ovenstående afsnit **2.1.1 Børnevaccination som primær forebyggelse – et nationalt og globalt perspektiv**, eksisterer en folkesundhedsdebat, som et resultat af differentierede sundhedsopfattelser, hvor samfundsperspektivets sundhedssyn og definition af sundhed, kan ses som et udtryk for at være sundhedsfundamentalistisk orienteret.

Interessant nok har sundhed, ifølge Glasdam, ikke en entydig definition, da det er individets oplevelse af hvad sundhed er, som "*(...) ikke kun er fravær af sygdom, men også handler om at fornemme velbehag og føle lykke*" (Glasdam 2009, p.31). Set ud fra denne definition er det den enkelte, der kan definere hvad sundhed er, hvilket kan forklare den forskellighed forældre besidder i opfattelse af hvad sundhed er for deres barn. Dette kan sættes i relation til, at fokusområder såsom magtdiskursen mellem sundhedssystemet og individet de seneste år har været i centrum (Birk 2015). Denne diskurs tænkes at fremstå i de førnævnte nationale målsætninger om at øge den samlede vaccinationstilslutning,

hvor disse ifølge Steen Wackerhausens teori (1994) kan fremanalyseres til udtrykke *uægte mål*, hvis individet ikke adopterer dette som sit eget. Et *uægte mål* defineres som et forhåndsdefineret mål, der ikke er udformet af subjektet selv, men udarbejdet af andre forhold (Wackerhausen 1994), såsom det samfundsmæssige interesse mål om at øge vaccinationstilslutningen. Et *uægte mål* kan opstå, hvis det for den enkelte forælder ikke er ønskeligt at lade sit barn vaccinere, hvormed der ses en uoverensstemmelse mellem samfundets målsætning, sundhedsopfattelse og den enkelte forælders mål. Omvendt kan de samfundsmæssige mål også fremanalyseres til at være *ægte mål* for forældre, som adopterer målet som deres eget, da dette ifølge Wackerhausen bliver en reflekteret og bevidst forholden sig til forestående handlinger (Wackerhausen 1994). Derved vil målsætningen blive et *ægte mål* for den enkelte forælder, hvis denne finder samfundets ønske om tilslutning til vaccination som det rigtige, for derved at lade sit barn vaccinere. Samlet set, tænkes både ægte og uægte mål at komme i spil hos danske forældre, i det lys, at der eksisterer en frihed til selv at vælge vaccination til eller fra.

Set ud fra et canadisk longitudinelt studies analytiske sontring, ses forældre som opdelt i tre grupper; en fravalgsgruppe, en tilvalgsgruppe og en gruppe af forældre, der er i tvivl om hvorvidt de skal vælge vaccination til eller fra. Ifølge studiet, overvejer sidstnævnte gruppe ud fra perifere faktorer, eksempelvis acceptable sociale normer og indflydelse fra netværk, ud fra forståelsen af, hvad der er det rigtige valg (Dubé et al. 2016). Et systematisk review (2013) fastslår, at en større mængde forskning allerede har udforsket forældres fravalg af vaccination, herunder deres informationskilder, beslutningsgrundlag og baggrund for vaccinefravalg (Sadaf et al. 2013). Dette perspektiv genkendes af specialegruppen, der i litteratursøgningsprocessen, er blevet bekendt med, at forældres fravalg og tilvalg af børnevaccination er et gennemgående belyst område i mange internationalt videnskabelige studier. En undersøgelse fra 2004 viser, at forældres bekymringer og usikkerhed om vaccinationernes sikkerhed, bivirkninger og langsigtede konsekvenser de seneste år er steget markant, (Freed et al. 2004). Yderligere har nationale undersøgelser i USA vist, at mere end 20% af alle forældre besidder bekymringer om børnevaccinationsprogrammets sikkerhed (Glanz, Kraus & Daley 2015), hvilket vurderes som en betydelig andel af den samlede forældregruppe. I forhold til en dansk kontekst, tyder det ligeledes på, at forældre også besidder bekymringer relateret til børnevacciner, da der stilles spørgsmål ved om vacciner er nødvendige, skadelige og deres virkning (Larsen 2015). Ydermere viser studier, at bekymringer også kan forekomme efter valg af vaccination. En surveyundersøgelse fra 2008 konkluderer, at 28,3% af de 3924 adspurgte forældre angav, at besidde tvivl om vaccination, hvoraf 8,9% rapporterede accept, på trods af en fortsat usikkerhed i beslutningstagningen (Gust et al. 2008). Benin et al. (2005) argumenterer for mangel på kvalitativ forskning til at belyse mødres holdninger og beskrivelser af sociale fænomener, såsom adfærd og forståelse af deres betragtninger af vaccinationsvalg (Benin et al. 2005).

Et nyt canadisk kvalitativt longitudinelt studie fra 2016, belyser at forældre også efter vaccination af deres barn kan besidde tvivl om, hvorvidt det var det rigtige valg. Næsten halvdelen af 56 gravide deltagere i studiet udviste tvivl i valget af vaccination. Efter fødslen fremgik det, at mange lod deres barn vaccinere på trods af en ambivalens i beslutningen. Deres endelige beslutning blev baseret på sociale normer, følelser, værdier tidligere erfaringer og indflydelse fra det sociale netværk. Mødrene i studiet efterspurgte neutral information som et bedre sufficient grundlag at træffe vaccinationsvalg ud fra, idet de oplevede modstridende information om vaccination fra sundhedspersonale. (Dubé et al. 2016). Et engelsk studie fra 2002 viser, at nogle forældre var bange for at stille til sundhedsprofessionelle om vaccination, i kraft af at de antog, at de sundhedsprofessionelle ville anse dette som en gene (Daniels 2002). Det tyder dermed på, at en større gruppe af forældre udviser bekymring og tvivl i beslutningstagningen og at nogle på trods af tvivl, og manglende information lader deres børn vaccinere. Denne tendens betegnes under begrebet "Hesitancy", som vil blive udfoldet i det følgende afsnit.

2.2.2 Hesitancy; tvivl og bekymring

Vaccinationstvivil fremgår i litteraturen under begrebet "Hesitancy" som værende et nyere, stigende og komplekst folkesundhedsproblem (MacDonald et al. 2015), da beslutningstagning om vaccination ikke er konstant, (Glanz, Kraus & Daley 2015), men kontekst specifikt, idet tvivl varierer afhængig af tid, sted og vacciners forskellighed (Salmon et al. 2015). På baggrund af fænomenets nyere eksistens, figurerer begrebet endnu ikke entydigt i en sundhedsfaglig kontekst, men anvendes som et udtryk for forældre, der udviser bekymring, usikkerhed eller tvivl om børnevaccinationsprogrammets sikkerhed (Glanz, Kraus & Daley 2015), der befinder sig i et kontinuum, hvor beslutningstagningen balancerer mellem accept eller afslag (Opel et al. 2009). Denne brede begrebsliggørelse synes at bekræfte, at kun få studier endnu har kunnet identificere gruppen af tvivlende forældre, samt forståelse af disse, ligesom der er sparsom evidens, der belyser hvilke kommunikations strategier, der bedst målrettes til bekymrede forældre (Williams 2014). Sammenholdt med ovenstående, synes dette at vidne om en diskrepans mellem samfundets mål og nogle forældres konkrete beslutningstagning. I dagbladet "Information" fra 2015 fortæller en dansk mor til fire børn, at selvom hun ikke er imod børnevacciner, fravalgte hun vaccinerne, da hun oplevede en utryghed ved den formidlede information. Dette blev begrundet med afsæt i, at hun oplevede informationen som uigennemsigtig og ikke sufficient oplysende om vaccinerne risici (Vaaben 2015). Samme mønster understøttes af en fars bekymring for bivirkninger ved HPV-vaccinen, hvor det fremhæves at hans tiltro til Sundhedsstyrelsen er faldet, på baggrund af ikke at føle sig fuldt oplyst om vaccinen og dens bivirkninger (Pedersen & Svansø 2015). Interessant nok, understøttes disse oplevelser af et review fra 2010, der fremhæver, at flere studier har påvist en sammenhæng mellem lavere vaccinationstilslutning og forældres utilfredshed og opfattelse af utilstrækkelig information (Brown et al. 2010).

På baggrund af ovenstående perspektiver, synes det at fremgå, at forældre kan opleve en manglende trykthed i den information, der nuværende gives, hvilket indikerer at informationens rolle for beslutningstagningen er betydelig.

Ud fra denne betragtning, synes et forandringsperspektiv at fremgå i forhold til informationsformidling fra sundhedsmyndighederne, idet det i ovenstående er fremanalyseret, at flere forældre oplever bekymring og tvivl angående vaccinerne, bl.a. på baggrund af oplevelsen af manglende information. Set i forhold til en dansk kontekst, synes dette perspektiv ligeledes at fremgå af resultaterne fra en dansk evalueringsrapport af de forebyggende børneundersøgelser (2007) som viser, at forældres tvivl typisk forårsages af manglende information og bekymring om vacciners alvorlige bivirkninger. På trods af tvivl, valgte nogle forældre alligevel at lade deres børn vaccinere, baseret på information fra egen læge samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger om vaccination (Ishøy Michelsen et al. 2007). Ud fra ovenstående resultater findes det paradoksalt, at forældre udviser tvivl og bekymring om vaccination, som et resultat af mangel på information, når værdierne i den danske sundhedslov bygger på valgfrihed og let tilgængelig information (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014). Specialegruppen er under udarbejdelsen af nærværende problemanalyse blevet bekendt med, at der er etableret flere grupper for forældre på det sociale medie Facebook. Eksempelvis eksisterer en gruppe for forældre til børn, der har fået aluminiumsallergi af børnevacciner, hvorfor der er etableret et netværk for de berørte familier til at søge og udveksle råd, vejledning og støtte med andre familier (Vaccinationsforum 2013). Foruden dette, fremgår det ifølge Larsen (2015) tydeligt ved søgning på internettet, at der ligeså er etableret andre grupper og hjemmesider, der fungerer som fora hvori bekymrede forældre deler holdninger (Larsen 2015). Studiet af Glanz, Kraus & Daley (2015) fremhæver, at der på internettet ses to forskellige måder at formidle vaccinations information på; top-down tilgang med evidensbaseret formidlingsmateriale som grundlag for information og en bottom-up tilgang til vidensformidling, hvilket typisk er de sociale medier og online blogs på internettet (Glanz, Kraus & Daley 2015). Ifølge den danske evaluering, ser det ud til, at danske forældre anvender en blanding af de to tilgange, idet 45% af forældrene angav at have søgt vaccineinformation inden børnevaccinationens tidspunkt, fra bøger, pjecer, sundhedsplejen, mødre grupper eller egen læge (Ishøy Michelsen et al. 2007). Ovenstående synes at indikere differentierede informationsbehov hos forældre, der via forskellige informationskilder søger at be- eller afkræfte opfattelser af vacciners følgevirkninger. Det tyder dermed på, at der i takt med det moderne samfund, ses en stigende tendens til, at lignende netværksgrupper etableres, hvilket synes at tyde på, at nogle forældre har behov for netværksdannelse og at søge information og vejledning uden om det danske sundhedsvæsen. Ovenstående analyse vidner om, at kompleksiteten i forældres bekymringer er flerdimensionelle og samtidig et voksende fænomen, hvilket synes at indikere et behov for et øget fokus.

Flere studier, peger på et yderligere forskningsbehov, belyst ud fra en kvalitativ tilgang (Benin et al. 2005; Dubé et al. 2016), med fokus på at udvikle fremtidige interventionsstrategier på individ og samfundsplan (Dubé et al. 2016). Kvalitativ forskning kan ifølge Brinkmann & Tangaard bidrage til nuancerede beskrivelser og forståelser af den menneskelige verdens oplevelser og erfaringer, i et givent felt, på individuelt eller kollektivt niveau (Brinkmann & Tangaard 2015), såsom at belyse forældres oplevelser med børnevaccinationsprogrammet. At der ses et fremtidigt behov for forskellige forskningsmetoder til at belyse området, synes endnu engang at underbygge at folkesundhedsbegrebet spænder bredt, både med et ekspert- og lægperspektiv i relation til sundhed og sygdomsopfattelser. I følge Pedersen, Nielsen & Land (2012), er det fordelagtigt at opnå viden om hvordan individers beslutningstagning i relation til sundhed udmønter sig, ud fra den samfundskontekst disse befinder sig i, for at udvikle og forandre strategier for hvorledes befolkningens sundhed kan fremmes (Pedersen, Nielsen & Land 2012). Endvidere synes dette at bekræfte et engelsk studies (2006) konklusion; at vaccineinformation, der både anerkender og yderligere fokuserer på lægperspektivet, er et aktuelt behov (Cassell et al. 2006). Dette kan understøttes af, som tidligere fremskrevet, at børnevaccinationsprogrammet er brugerorienteret, idet beslutningstagning baseres på retten til autonomi og selvbestemmelse, hvor forskellen mellem samfunds – og lægperspektivet netop understreger kompleksiteten i emnet.

For at belyse forældres oplevelser og erfaringer i beslutningstagning, fremhæves kvalitativ forskning som et nødvendigt supplement til eksisterende forskning. Dette indikerer et øget behov for at se på den kontekst, som forældre befinder sig ved beslutningstagningen til det danske børnevaccinationsprogram, hvilket vil blive udfoldet i nedenstående afsnit om paradigmeskiftes indvirkning.

2.3 Et paradigmeskifte med indflydelse på en løbende forandring

Som fremanalyseret i ovenstående, ses der forskellige perspektiver på børnevaccinationsprogrammets funktion, herunder et samfunds- og lægperspektiv. Den folkesundhedsfaglige relevans kan herved bekræftes af, at folkesundhed som begreb, med sin ikke entydige definition, figurerer i et bredt spændingsfelt inden for en sundhedsfremmende og forebyggende praksis. Begrebet har, med afsæt i den samfundsmæssige udvikling, udviklet sig til at inkludere sundhed og sygdomstænkning både på læg- og ekspertniveau (Glasdam 2009) for dermed at indbefatte nuancerede perspektiver på sundhed og sygdom. Det centrale for de to perspektiver er, hvorledes disse adskiller sig i deres sondring i begreberne sundhedsfremme og forebyggelse. Der er i tiden fra starten af 1900-tallet og op til nyere tid sket et paradigmeskifte i forholdet mellem læge og patient, hvor lægen står for ekspertperspektivet og patienten lægperspektivet. Skiftet går fra, at lægen blev anset med eneret til at træffe beslutninger om patientens behandling, til at patienten skal give tilladelse til en given behandling på et informeret grundlag (Will

2011b). Under det gamle paradigme var normen blandt læger, at i det omfang, sandhed kunne kompromittere patientens tro på helbredelse og behandling, burde sandhed eller information ikke forelægges for patienten. Skiftet fra det tidligere paradigme er bl.a. blevet til pga. loven om informeret samtykke (Will 2011b), hvis primære formål fremhæves af Will (2011a) som beskyttelse af patienten mod den asymmetri af information, der tidligere har været praksis (Will 2011a, 2011b). Den nuværende danske lov om patienters retsstilling, som blev vedtaget i 1998 (Retsinformation 1998), indeholder bl.a. aspektet om informeret samtykke, der nuværende figurerer i Kapitel 5 i Sundhedsloven "*Patienters medinddragelse i beslutninger - Informeret samtykke*", hvor §16 eksempelvis bekendtgør at: "*Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.*" (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014, p.5). Det fremhæves af Kent Kristensen, lektor i sundhedsjura (2014), at denne lov giver patienten autonomi og selvbestemmelse. Han fremhæver endvidere, at information er det essentielle grundlag for selvbestemmelsesretten, og at den behandlende sundhedsprofessionel har ansvaret for informationsgivning (Kristensen 2014, p.13). Denne lov og paragraf står i kontrast til det gamle paradigmes normer og illustrerer skiftet til en æra, hvor patientens autonomi og retsstilling er kommet i fokus. Set i et teoretisk perspektiv har samfundet, ifølge den engelske sociolog Anthony Giddens, udviklet sig fra det moderne til senmoderne samfund, hvor samfundet nuværende udvikler sig med en større dybde og intensitet end tidligere. Giddens beskriver tre karaktertræk ved det senmoderne samfund; adskillelse af tid og rum, udlejring og refleksivitet (Bak 2010). Ses der nærmere på refleksiviteten, beskriver Giddens at verden konstitueres gennem viden, der bliver anvendt refleksivt, men ikke kan anses som sikker, da viden principielt altid er åben for revision, hvorfor det ikke kan udelukkes, at denne på et senere tidspunkt kan forkastes (Giddens 1996). Til udviklingen af og grundlag for den øgede refleksivitet, tillægger Giddens udviklingen af massekommunikationsmidler en essentiel betydning, idet han anser muligheden for indsamling og opbevaring af anselige mængder af information som grundlag for et øget niveau af refleksivitet (Bak 2010). Sundhedsoplysning har historisk set udviklet sig fra at sundhed tidligere var bestemt af skæbnens vilje, til en bevidst følelse hos individet med formålet om at fremme individets sundhedsbevidsthed (Glasdam 2009). Dette understøttes af en tendens, hvor information og oplysning om vaccination, ifølge et review af Tafuri et al. (2014), gennem tiden har udviklet sig. Tafuri belyser, at tilbage i 1800-tallet, blev aviser og plakater anvendt som informationskilde, hvor det moderne samfund i de seneste år har udviklet sig således, at internettet anvendes til netværksskabelse og informationsdeling (Tafuri et al. 2014). Sammenholdt med Giddens perspektiv på det senmoderne samfund, kan dette fremanalyseres til at være et udtryk for den øgede refleksivitet, der har fulgt samfundsudviklingen. Dette synes at bekræfte den eksisterende kultur, hvor forældre i forskellige fora på internettet søger information og vidensdeling med andre forældre.

I forhold til forældres informationsbehov, vurderes dette yderligere at understøtte Glasdams (2009) perspektiv på sundhedsbegrebet som værende foranderligt, idet flere faktorer anerkendes som betydningsfulde for folkesundheden i takt med at individet har fået mere viden til rådighed om sundhed og sygdom (Glasdam 2009). En undersøgelse lavet af Epinion, trykt i fagbladet "Ugeskrift for læger", synes at understøtte denne tendens, idet 85 % af danskerne søger information om sygdomme og sundhed på nettet (Ugeskrift for Læger 2016). Dette kan endvidere understøttes af Pedersen (2011), der ligeledes fremhæver, at der ses en tendens til at en voksende gruppe, dog typisk ressourcestærke, i dag anvender de digitale medier i informationsøgning om sygdom (Pedersen 2011). Denne historiske udvikling kan ifølge Jensen (2012) forklares ud fra, at informationsteknologien i det moderne samfund, har skabt muligheder for adgang til viden om sundhed og sygdom. Hertil fremhæver Jensen, at dette har medført en øget kritisk bevidsthed til sundhedsvæsenets arbejde (Jensen 2012), hvilket kan tyde på, at der i denne sammenhæng er sket en minimering af autoritetstroheden mellem borger og sundhedsvæsen.

2.3.1 Valg vedrørende sundhed og sygdom – et personligt ansvar

Endnu en udvikling der fremhæves i litteraturen er, at et valg relateret til sundhed og sygdom, har fået en mere fremtrædende rolle i samfundet gennem tiden. Et skift er sket fra at sygdom blev anset som skæbnens påvirkning, til at behandling og screening af sygdomme anses som et individuelt valg (Løkke et al. 2005). Det fremhæves endvidere af Helle Timm (2000), at der siden sidst i 1970'erne er sket en udvikling i det danske samfund, hvor borgerene har fået et større individuelt ansvar, indflydelse og flere rettigheder (Timm 2000), som også lovgivning om patienters retsstilling i 1998, som tidligere beskrevet, bekræfter. Ovenstående vurderes at stemme overens med en norsk artikel fra 2006, som fremhæver at forældre, i højere grad end tidligere, føler et individuelt ansvar i beslutningstagningen om vaccination og hvis barnet oplever bivirkninger heraf (Rygg 2016). Dette øgede ansvar sættes endvidere i spil i et kvalitativt studie af Cassell (2006), hvor forældre fremhæver, at de uanset til eller fravalg af vaccine, føler et stort personligt ansvar knyttet til dette valg. Dette kan eksempelvis udmønte sig i følelsen af ansvar i forhold til hvorvidt bivirkninger af vaccinen, eller konsekvenser af eventuelle sygdomme, ved fravalg af vaccine, kan ende med at forårsage skade på deres barn (Cassell et al. 2006). Dette suppleres af resultaterne i studiet af Casiday (2007), hvor dilemmaet i børnevaccinevalget, af forældre beskrives som beslutningen om, at det "rigtige" valg kom til at symbolisere betydningen af at være gode forældre (Casiday 2007). I takt med at antallet af børnevacciner stiger og prævalensen af de sygdomme, der vaccineres imod, er faldende, stiger forældres bekymringer angående risici ved vacciner (Davis et al. 2006).

Den øgede ansvarsfølelse og bekymring hos forældre, som studierne illustrerer, kan tyde på at være en konsekvens af at brugere af sundhedssystemet, som tidligere fremanalyseret, nuværende anses som

autonome individer, der skal give et informeret samtykke til en forebyggende behandling. Herved bliver det forældres ansvar at tage stilling til og vurdere, hvad der er den bedste beslutning for deres barn, på baggrund af den information og vejledning, de har modtaget fra sundhedspersonalet eller selv har søgt.

Det personlige ansvar kan herved anses som udløber af liberalismens ideologi, idet denne fordrer at alle selv kan og skal bestemme, altså selv vælge hvordan der handles med ansvar for konsekvenserne af disse handlinger (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen 2014). Derved kan det øgede personlige ansvar som forældrene i førnævnte studier giver udtryk for og fremanalyseres til at være et udtryk for liberalismens påvirkning på samfundet. Dermed findes det interessant, at der i takt med den samfundsmæssige udvikling opnås yderligere viden og bevidsthed om sundhed, sygdom og risiko. Dette indikerer, at sundhedstilbud såsom børnevaccinationsprogrammet og informationen hertil løbende må tilpasses denne udvikling og efterspørgsel af viden, som tidligere fremanalysere at forældre besidder. Overordnet set, synes ovenstående at vidne om, at samfundsudviklingen har bevirket, at både informations- og videns behovet relateret til børnevacciner er øget. I takt med dette ses forældres beslutningstagning som en udfordring, da valget bygger på et øget ansvar. I forhold til denne ansvarsfølelse fremgår tillid mellem sundhedsmyndigheder og forældre som essentiel i beslutningstagningen, hvilket vil blive udfoldet i nedenstående.

2.4 Tillid mellem sundhedsmyndigheder og forældre

Et teoretisk perspektiv på tillid kan ses ud fra Giddens udlægning af begrebet. Han beskriver eksempelvis: *"Den væsentligste betingelse for tillid er imidlertid ikke fravær af magt, men fravær af fuld information"* (Giddens 1994, p.35). Når forældre på deres børns vegne skal tage stilling til vaccination, kan det ud fra ovenstående perspektiv fremanalyseres, at det kræver tillid, især i tilfælde hvor forældre ikke modtager fuld information angående fordele og risici af vacciner, hvilket ud fra Giddens analyse af det senmoderne samfund, ikke er muligt at opnå. Herved kan det fremanalyseres, at betydningen af tillid bliver essentiel. I tråd med dette finder Gilson (2003), at tillid er essentiel i forhold til at få borgere til at samarbejde om forebyggende og sundhedsfremmende tiltag såsom vaccination og at denne tillid altid afhænger af et møde mellem mennesker (Gilson 2003). Denne tendens sættes i relation til børnevaccinationsprogrammet i et studie af Benin et al. (2005), som viser at forældre, der vaccinerer deres børn, ofte har tillid til egen læge, hvor der i den anden ende af skalaen ses at forældre, der ikke vaccinerer deres børn, kendetegnes ved fravær af tillid til praktiserende læge og vaccinsens formål (Benin et al. 2005). Gruppen af tvivlende forældre indgår ikke i studiet, hvilket formodes at kunne forklares med som beskrevet i afsnit 2.2.2 Hesitancy; tvivl og bekymring, at bekymring, tvivl og usikkerhed er et nyere fænomen, der i en folkesundhedskontekst, endnu ikke har fundet sit indpas.

Ved at relatere denne forældregruppe til tillidsskabelse, kan der spekuleres i, om denne ligger et sted i midten af de to poler som Benin et al. (2005) fremhæver. I det teoretiske studie af Gilson (2003) fremanalyses det, at tillid kan ses på forskellige niveauer; mikro- og makroniveau, hvor mulighed for tilliden eksisterer på begge niveauer. Studiet belyser endvidere, at sundhedssystemets effektivitet er afhængig af befolkningens tillid og at tillid til sundhedssystemet kæder sig sammen med tillid til staten, da denne spiller en central rolle i sundhedssystemet (Gilson 2003). Set ud fra et samfundsperspektiv, kan en effekt af tillid på makroniveau i forhold til børnevaccinationsprogrammet fremanalyses til at være en øget tilslutning til programmet, mens effekten af tillid på makroniveau, set ud fra et individperspektiv, kan fremanalyses til at være opnåelse af større tryghed i forhold til beslutningstagningen.

Et andet teoretisk perspektiv på tillid kan ligeledes ses ud fra Giddens teori. Giddens beskriver, at gennem det moderne samfund og videre til det senmoderne samfund, er tillid til ekspertsystemer, som han kalder "ansigtsløse forpligtelser" kommet til at spille en større rolle. Et eksempel på dette er tilliden til sundhedssystemet, som Giddens beskriver, afhængig af "ansigt til ansigt"-forpligtelser, som er et tillidsforhold mellem aktørerne (Bak 2010), der i denne sammenhæng kan anses som sundhedsvæsenet og forældre, der benytter sig af det. Giddens begreb for disse repræsentanter er adgangsporte, der anses som essentielle i forhold til tilliden til ekspertsystemerne, herunder sundhedssystemet (Bak 2010). Herved kan det fremanalyses, at frontpersonalet i det danske sundhedsvæsen er et essentielt element for at opnå tillidsskabelse, da dette har betydning for forældres beslutningstagning. En undersøgelse lavet af Eurobarometer i 2014 viser, at danskerne er den befolkningsgruppe i EU, der har det største tillidsniveau til regionale og kommunale myndigheder (Kommunernes Landsforening 2014), hvilket kan undre, når den samlede vaccinationsstatus er faldende og folkesundhedsdebatten om information og oplysning mellem læg og ekspertperspektivet som tidligere fremanalysert er højaktuel. Studiet af Cassell (2006) finder endvidere, at opbygningen af tillid inden for sundhedssystemet er afhængig af interpersonelle forhold mellem borger og sundhedssystemets repræsentant, som borgeren møder. Det kan derfor tyde på, at tilliden til de danske sundhedsmyndigheder og informationer om børnevaccinationsprogrammet kan styrkes på mikro-niveau, altså i mødet mellem borger og sundhedsprofessionelle. I forhold til tillid til sundhedsmyndigheder og herunder vaccinationsanbefalingerne, skal der i nogle tilfælde ikke meget til for at denne slår revner. I 1998 udkom en artikel af Andrew Wakefield, der kædede MFR-vaccinen sammen med udviklingen af autisme. Studiet blev dog i 2010 trukket tilbage pga. videnskabelig uredelighed og sidenhen har flere studier af høj metodologisk kvalitet tilbagevist denne association. Konsekvensen af Wakefield-studiets spørgsmålstejn ved MFR-vaccinens sikkerhed har efterfølgende, bl.a. i England, været årsag til at flere forældre har fravalgt vaccinen og dermed forårsaget en opblomstring af mæslinge- og fåresygeepidemier (Amin et al. 2012).

Som fremanalyseret i afsnit 2.1 Et samfundsperspektiv på børnevaccinationsprogrammet, fremgår det tydeligt i den danske offentlige folkesundhedsdebat, at den nuværende samfundsudvikling påvirker tillid mellem borger og sundhedsvæsen. Et eksempel herpå er den omdiskuterede HPV-vaccine, hvor Sundhedsstyrelsen fra andet kvartal i 2015, angav en stigning i indberetning af bivirkninger, hvilket ifølge Sundhedsstyrelsen selv, menes at være forårsaget af den øgede opmærksomhed og omtale i medierne om disse bivirkninger (Sundhedsstyrelsen 2015). Ovenstående eksempler illustrerer, hvilken påvirkning et tillidsbrud mellem borger og offentlige myndigheder kan have. Yderligere kan det konkluderes, at tillid til myndigheder og i interpersonelle forhold, både ud fra et teoretisk og empirisk perspektiv, er indflydelsesrig for forældres beslutningstagning. Dernæst kan tillid som tidligere fremskrevet ikke stå alene, men skal suppleres af kommunikation og information, hvorfor dette vil blive udfoldet i nedenstående.

2.5 Kommunikation om børnevacciner

2.5.1 Informationens betydning for brugerinddragelse og beslutningstagning

Som fremanalyseret i afsnit 2.2.2 Hesitancy; tvivl og bekymring, ses der hos nogle forældre forskellige indikatorer på tvivl, hvilket ifølge en survey undersøgelse fra 2008 anses som et væsentligt fokusområde for fagfolk i sundhedsvæsenet at udvise forståelse for. Det konkluderes, at mangelfuld information, givet af sundhedsprofessionelle, kan udgøre den primære årsag til forældres tvivl om vaccination, hvorfor studiet fremhæver evaluering og ændring af nuværende praksis som en nødvendighed for at imødekomme forældres tvivl og bekymringer (Gust et al. 2008). Endvidere viser resultatet fra et engelsk kvalitativt studie fra 2004, at både forældre og sundhedsprofessionelle kunne identificere et behov for at udvikle nye tilgange til informationsudveksling med henblik på at fremme forældres beslutningstagning (McMurray et al. 2004).

Den stigende forekomst af forældre, der udviser tvivl og bekymring om vaccination, lægger ifølge et nyere studie fra 2015, pres på sundhedsvæsenet om behov for afklaring af spørgsmål, hvorfor det fremtidigt er ønskværdigt at forbedre kommunikationsstrategier mellem forældre og den offentlige sundhedssektor (Glanz, Kraus & Daley 2015). På nationalt plan fremhæver Sundhedsstyrelsen (2013c), nogle metodiske tilgange til, hvorledes brugerinddragelse kan styrkes i praksis. Kommunikation på individniveau kan forbedres ved anvendelse af et forståeligt sprog, ligesom en udvikling i hensigtsmæssig kommunikation om sundhed og sygdom anbefales (Sundhedsstyrelsen 2013c). I tråd med ovennævnte, argumenterer Gust et.al (2008) for, at inddragelse af primære behandlere bør indgå i et udviklingstiltag, da disse udgør en essentiel rolle i at udvise åbenhed for forældres tvivlsspørgsmål, og gennem kommunikation kan afhjælpe tvivl og bekymring (Gust et al. 2008). Dette synes samtidig at vidne om, at forandring i nuværende praksis i relation til børnevaccinationsprogrammet både anerkendes af læg og ekspertperspektivet som et gensidigt behov.

Som relevant aktør er den praktiserende læge, som tidligere nævnt, en aktuel medspiller i informationsgivning. Foruden lægen, fremgår den kommunale sundhedspleje også som relevant, i og med at denne faggruppe følger op på barnets vaccinationsstatus (Sundhedsstyrelsen 2011). Alle danske forældre tilbydes rutinemæssig hjemmebesøg af en sundhedsplejerske i de første leveår, som et led i de kommunale sundhedstilbud (Dansk Sygeplejeråd 2010), hvorfor både den praktiserende læge og kommunale sundhedspleje anses som relevante aktører at medtænke i forandring af nuværende sundhedskommunikation. I disse ansigt til ansigts relationer er tillid som tidligere fremanalyseret, essentielt for en god relation og kommunikation.

Forældres tvivl i beslutningstagningen kan herved fremanalyseres til potentielt at være en konsekvens af, ikke bare manglende information, men også manglende tillid på mikro- eller makroniveau. Ifølge Davis et al. (2006) fremhæves det yderligere, at unøjagtige eller begrænsede oplysninger om vaccination kan medføre, at forældres tillid til vaccinationers indhold og formål kan blive overset og derved påvirke forældres beslutningsgrundlag (Davis et al. 2006). Set i forhold til et paradigmeskifte, hvor det som tidligere nævnt, fremgår at forældres vidensbehov om risikofaktorer har udviklet sig i takt med samfundsudviklingen, synes dette at bekræfte et eksisterende informationsbehov om børnevacciner hos forældre, som sundhedsvæsenet aktuelt ikke dækker. Dette behov vurderes af Davis et al. (2006), at kunne understøtte perspektivet om at kommunikation om risici er vigtig i børnevaccinationsprogrammet, på baggrund af, at forældres bekymring om vaccinations risici er stigende (Davis et al. 2006). Ifølge den danske kommunikationsrådgiver Thomas Breck, forudsætter informationsformidling et behov for en demokratisk tilgang til praksis, hvor kommunikation i sig selv ikke er tilstrækkelig, men at dialog som et led i borgerinddragelse vil kunne belyse andre vidensformer end den naturvidenskabelige og resultere i langtidsholdbare løsninger (Breck 1999). Omvendt fremhæver Løkke et al. (2005), at sundhedsoplysning er en kompliceret vurdering, i forhold til i hvilken grad forøget information om sygdomsrisici kan medføre et øget angstniveau hos den enkelte (Løkke et al. 2005), hvilket kan tolkes som et udtryk for en utilsigtet konsekvens af øget risikooplysning. Endnu en utilsigtet konsekvens kan ses ud fra studiet af Leask et al. (2012), der fremhæver, at uhensigtsmæssig kommunikation kan forårsage, at forældre afviser vaccination på baggrund af uvidenhed (Leask et al. 2012). I studiet af Williams (2014) fremhæves det, at tvivlende forældre bør vejledes individuelt til åbent at diskutere deres motivationsfaktorer og bekymringer i relation til vaccination med afsæt i en neutral dialog, der ikke er præget af et sprog eller en argumentation, der har til hensigt at overbevise forældre om tilvalg (Williams 2014). Set i forhold til en dansk kontekst fremhæver den danske evaluering af børneundersøgelser i almen praksis (2007), at information og oplysningsniveau om børnevaccination kan være en svær etisk balancegang. Dette begrundes ud fra eksistensen af et balanceret spændingsfelt, hvor det danske sundhedsvæsen på den ene side ønsker at være

oplysningsorienteret, men omvendt ikke ønsker at belemre den enkelte forælder med unødige bekymringer (Ishøy Michelsen et al. 2007). Informationspligtens balancegang mellem den sundhedsprofessionelles forpligtelse til at forsyne brugeren med information og brugerens ret til at frasige sig information (Kristensen 2014), ligger som tidligere fremskrevet som et led i den danske sundhedslov og i sundhedsprofessionelles ansvarsområde. Det konkluderes i studiet af Davis et al. (2006), at sundhedskommunikation i relation til børnevaccinationer bør forandres med et yderligere fokus på en forældrecentreret tilgang, hvor både forældre og sundhedsprofessionelle kan engageres i kommunikationen, uden at dette nødvendigvis er mere ressourcekrævende i form af tid eller ansvar (Davis et al. 2006). På trods af dette perspektiv fremhæver Glanz, Kraus & Daley (2015), at kommunikation, der har til hensigt at imødekomme forældres tvivlsspørgsmål, kan anses som en etisk udfordring og balance for den sundhedsprofessionelle. Dette begrundes ved, at læger skal respektere den enkelte forælders ret til vaccinationsvalget, og samtidig forholde sig lægefagligt til, hvad der ud fra dette perspektiv anses som bedst for samfundet og barnets sundhed (Glanz, Kraus & Daley 2015). Hertil fremhæver Amin et al. (2012) de folkesundhedsetiske spørgsmål om vaccination, som essentielle at drøfte, i relation til udvikling og implementering af vaccinationsprogrammer (Amin et al. 2012).

Ovennævnte beskrevne etiske udfordringer synes at opstå i dilemmaet med hensyn til to forskellige etiske positioner; nytteetikken og pligtetikken. Nytteetikken kan ses relateret til et samfundsperspektiv, hvor målsætningen om en 95 % vaccinationsdækning er opstillet på baggrund af udregninger og afvejninger om vacciners gavnlige effekt for befolkningen og et ønske om, at de handlinger, der foretages, skal medvirke til at skabe nytte for flest mulige, hvor hensynet til det enkelte individs specifikke interesser og ønsker nedprioriteres (Kemp 2001). Relateret til kravet om informeret samtykke (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014), kommer Emanuel Kants udlægning af pligtetikken derimod i spil, idet den sundhedsprofessionelle, ifølge denne position, må kunne se bort fra samfundsperspektivet med målet om en 95 % vaccinationsdækning, til fordel for hensyntagen til den enkelte forælders autonomi og ret til selvbestemmelse, idet pligtetikken ser det som menneskets pligt at overholde et universelt, formuleret regelsæt, hvori dets autonomi og værdighed er ukrænkelig (Kemp 2001). Med afsæt i de to etikformer synes disse at kunne adskilles, hvor pligtetikken i denne kontekst sætter det enkelte individ i fokus, hvorimod det nytteetiske fokus anses for at være orienteret mod samfundets interesser. Ydermere findes det interessant, at der af flere studier fremhæves et yderligere behov for forandring i proceduren for kommunikation og information om vaccination, sammenholdt med, at dette kan udfordre den etiske balance i informationsgivning og informeret samtykke i relation til børnevacciner. Da det med afsæt i de forrige afsnit står klart, at en stor andel af forældre oplever en mangel i at få dækket deres

informationsbehov, synes dette dermed at underbygge, at fokus på forandring og udvikling af kommunikation og vaccinationsinformation til forældre i denne forbindelse er yderst relevant.

Dette begrundes ud fra nærværende problemanalyses fund, hvor det er fremanalyseret, at informationsgivning udgør et vigtigt fokusområde set i et etisk folkesundhedsperspektiv, med hensyntagen og opnåelse af potentielle gevinster på både individ og samfundsniveau.

2.6 Problemafgrænsning

På baggrund af ovenstående problemanalyse, fremgår børnevaccination set ud fra en folkesundhedskontekst som en af historiens hidtil største udfordringer (Amin et al. 2012), på trods af, at det anses som en af de mest effektive sundhedsindsatser i det moderne samfund (Levi 2007). I denne forbindelse ses der en diskrepans mellem samfundets mål for vaccinationsdækning og nogle forældres vaccinationsvalg. Mødet mellem forælder og sundhedsvæsenet i forbindelse med børnevaccinationer og information om disse, kan anses som et møde mellem lægperspektiv og ekspertperspektiv, hvor forskellige sundhedsopfattelser og kontraster heri kan opstå. Både fra læg og samfundsperspektivet ses en folkesundhedsmæssig relevans ved at fokusere på informationsformidling relateret til børnevaccinationsprogrammet, da flere studier dokumenterer at andelen af bekymrede forældre er stigende og at det endvidere ses at bekymring kan udfordre sundhedsvæsenets nuværende informationsgrundlag. I takt med samfundsudviklingen ses en udvikling af en kultur, hvor forældre har behov for at søge information udover det, der fås gennem det danske sundhedsvæsen, hvilket synes at indikere, at danske forældre kan besidde et informationsbehov, som sundhedssystemet nuværende ikke altid kan dække. Flere studier fremhæver et behov for yderligere kvalitativ forskning til at belyse forældres perspektiver, for at opnå forståelse for forældres beslutningsprocesser og behov i relation til vaccinationsvalg (Benin et al. 2005; Dubé et al. 2016). Det er fremanalyseret, at oplevelser af og med det danske børnevaccinationsprogram er et underbelyst område og findes derved relevant for nærværende kandidatspeciale at rette fokus mod. Forældres beslutningstagning til vaccination har flyttet sig fra at være præget af autoritetstrohed til at være præget af en ansvarsfølelse i stillingtagen til børnevaccination, der knytter sig til overvejelser om risiko for konsekvenser af dette valg. Ydermere ligger der forandringselementer i den nuværende informationsformidling, for at målrette denne yderligere til inddragelse af forældres informationsbehov. For at minimere og derved forebygge forældres tvivl og usikkerhed i beslutningstagningen inden stillingtagen ved praktiserende læge og samtidig opretholde værdierne i en brugerorienteret tilgang til sundhedstilbuddet, ses der samlet set et behov for forandring af nuværende praksis.

3. Formål og problemformulering

3.1 Formålsbeskrivelse

Formålet med nærværende kandidatspeciale er at undersøge brugerperspektivet i relation til den givne information om det danske børnevaccinationsprogram, for derved at give forandringsforlag til det nuværende informationsgrundlag, med afsæt i forældres informationsbehov.

3.2 Problemformulering

Med afsæt i ovenstående formålsbeskrivelse og afgrænsning, udledes følgende problemformulering:

Hvordan kan informationsgrundlaget for børnevaccinationsprogrammet forandres, således at forældres forudsætninger for at tage et informeret valg fremmes?

3.2.1 Begrebsdefinition

Informationsgrundlaget benævnes i nærværende specialerapport som et begreb, der både dækker skriftlig og mundtlig information, der nuværende gives til forældre i beslutningstagningsprocessen.

Et *informeret valg* benævnes i nærværende specialerapport som et udtryk for et valg taget på baggrund af fyldestgørende, skriftlig og mundtlig information, hvorpå forældre kan træffe et valg om vaccination.

Brugerperspektiv benævnes i nærværende specialerapport som et begreb, der dækker forældreperspektivet, da forældre er potentielle brugere af sundhedstilbuddet. Samtidig ses forældre som *borgere*, idet de indgår som beslutningstagere relateret til børnevaccinationsprogrammet.

4. Metode

I dette kapitel, vil specialets metodiske overvejelser og valg blive beskrevet og begrundet. Først vil litteratursøgningsprocessen, herunder den indledende samt den systematiske søgning blive beskrevet. Dernæst vil specialets videnskabssteoretiske tilgang ud fra Michael Crottys beskrivelse af konstruktionismen som epistemologi blive beskrevet, efterfulgt af det teoretiske perspektiv, med inspiration af Gardamers filosofiske hermeneutik og Dahlager og Fredslunds metodiske principper. Slutteligt vil specialets valg af design, anvendte analysestrategi, samt etiske overvejelser efterfølgende blive udfoldet.

4.1 Litteratursøgning

Som en del af den evidensbaserede proces, udgør den litteratur der er fremkommet ved specialets litteratursøgning et væsentligt vidensgrundlag for både problemanalysen og problembearbejdningen, ligesom dokumentation af litteratursøgningen er et vigtigt led i at opnå kravet om transparens og troværdighed i specialrapporten (Lund et al. 2014). Søgeprocessen er under specialets udarbejdelse blevet udført over flere trin, hvilket er et afgørende element for søgningernes kvalitet (Lund et al. 2014). Indledningsvis, er der i søgeprocessen udarbejdet en indledende søgning, for at indkredse specialet problemfelt, efterfulgt af en systematisk søgning, som supplerende til den kvalitative metodes bidrag til besvarelse af specialets problemformulering. Heraf blev litteraturen fra den systematiske søgning inddraget i diskussion af resultaterne fra specialets empiri.

4.1.1 Indledende søgning

Indledningsvis blev litteratursøgningen udarbejdet med en åben tilgang, for at sikre en åbenhed i fund af relevante publicerede studier. Søgningen blev udarbejdet i flere sundhedsvidenskabelige databaser: PubMed, PsycInfo, SweMed, Sociological Abstract, hvor Google Scholar yderligere blev anvendt for at sikre en åben søgning, og dermed identificere og supplere med studier, der ikke fremkom i de øvrige databasesøgninger. Søgningen er både udarbejdet som fritekst søgninger og med kontrollerede søgetermer. Ligeledes er *kaskadesøgninger* anvendt som kædesøgninger, hvor nye studier er identificeret gennem allerede fundne studiers referencelister (Lindahl & Juhl 2010), hvilket har hjulpet til at identificere relevante studier til problemanalysen. For at højne overførbareheden af specialets problemfelt og relevansen i relation til danske forhold (Lindahl & Juhl 2010), er der foretaget fritekstsøgninger såsom *Børn** og *Vaccine** på eksempelvis bibliotek.dk for at afdække dansk publiceret litteratur på området (Vallgård 2007). Ud fra denne søgning fremkom 132 resultater hvoraf specialegruppen hurtigt blev bekendt med, at der ikke foreligger publicerede danske undersøgelser omhandlende specialets specifikke problemfelt, hvilket synes at bekræfte et eksisterende videnshul.

Screenshot af søgning på bibliotek.dk kan ses i bilag 1. Den indledendes søgning har derved bidraget til, at flere internationale videnskabelige studier er blevet identificeret og anvendt til udarbejdelsen af specialets initierende problem samt problemanalyse.

4.1.2 Systematisk søgning

Som fundament for litteratursøgningsprocessen, blev den systematiske søgning udarbejdet ud fra specialets opstillede problemformulering. Denne dannede grundlag for hele søgeprocessen, herunder opsætning af inklusions og eksklusionskriterier, for at sikre en stringent søgestrategi med inklusion af relevante studier og eksklusion af ikke relevante (Lund et al. 2014). I den indledende fase af den systematiske søgning søgte specialegruppen kyndig vejledning af en bibliotekar fra Aalborg Universitet. Denne vejledning bidrog med hjælp til at afgrænse og målrette søgningen i forhold til valg af relevante databaser samt søgetermer. For at sikre søgningens anvendelighed og at relevant litteratur blev identificeret (Lund et al. 2014), blev der søgt i følgende seks sundhedsvidenskabelige databaser: PubMed, Sociological Abstract, PsycInfo, Embase, Cinahl og Scopus, da alle blev vurderet relevante til besvarelse af specialets problemformulering. Yderligere argumentation for valg af de seks databaser og søgekriterier, kan læses i bilag 1. Til udarbejdelsen af den systematiske søgning, blev facetsøgning anvendt med fire søgefacetter, som blev valgt ved nedbrydning af problemformuleringen. Denne søgestrategi blev anvendt for at sikre en systematisk og stringent søgeprocedure (Lindahl & Juhl 2010), hvilket er illustreret i bilag 1, der skitserer søgningernes resultater. Herved blev de to boolske operatoren "OR" og "AND" anvendt, for at specificere og kombinere relevante synonymmer (Lund et al. 2014). Operatoren "OR" blev anvendt mellem de enkelte synonymmer i den enkelte facet til at udvide søgningen ved at finde den såkaldte *foreningsmængde*. Dernæst er operatoren "AND" anvendt til at koble alle fire facetter på tværs, med formålet om at indsnævre søgningen til referencer, der indeholdt *fællesmængden* (Lund et al. 2014). Så vidt det var muligt, blev alle søgetermer søgt både som fritekst og kontrollerede emneord, med det formål at sikre, at alle relevante videnskabelige artikler blev fundet, herunder nye artikler, som endnu ikke var indekseret i databasernes tesaurus. Ved fritekstsøgning blev trunkering af ordstammen benyttet, for dermed at sikre inddragelse af alle termens mulige endelser i alle de fremkomne referencer (Stoltz et al. 2007). Forinden den systematiske søgning, blev en fælles søgeprocedure udarbejdet med opsatte søgekriterier, for at tilstræbe en ensartet søgeteknik med en procedure for opsætning af limits i de enkelte databaser. For at sikre en åben tilgang til søgningerne, bestod proceduren i, at i tilfælde af, at det samlede antal hits resulterede i flere end 400 hits, blev det vurderet relevant at anvende de opsatte søgekriterier som illustreret i nedenstående tabel 1.

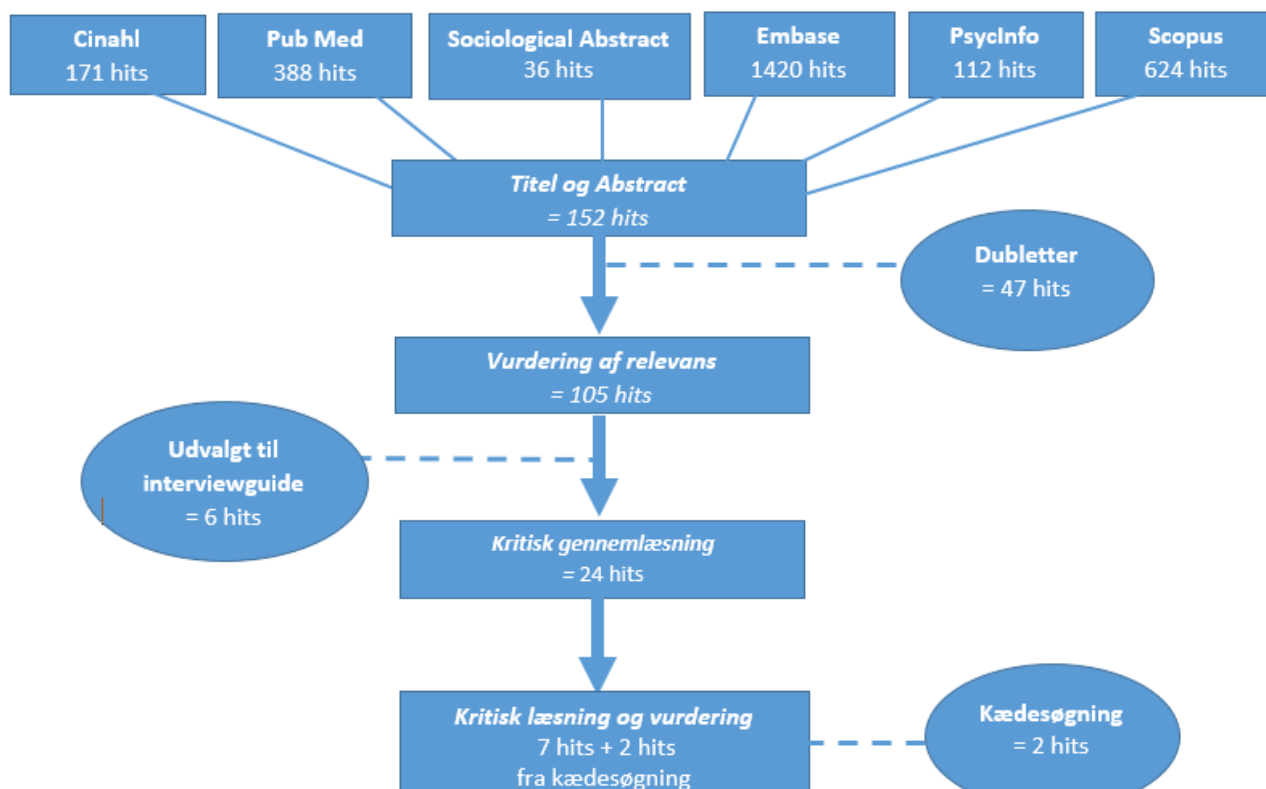
Søgekriterier	Limit opsætning
Alder	Børn under 16 år
Sprog	Engelsk, Norsk, Svensk og Dansk
Geografi	Vestlige lande (Europa, Canada, New Zealand, Australien og USA)
Art	Mennesker
Studiedesign	Intet kriterie, da dette vurderes ved kritisk gennemlæsning og vurdering

Tabel 1. Denne tabel illustrerer specialegruppens søgeprocedure for den systematiske søgning.

Samtidig bestod proceduren af, i tilfælde af at det samlede antal hits resulterede i færre end 50 hits, kunne facet 3 "Child" undlades, for at udvide søgningen. Limits funktionen blev anvendt i de databaser hvor dette var muligt og relevant for søgningens resultater, herunder blev søgning uden facet 3 "Child" kun aktuel i databasen "Sociological Abstract".

4.1.2.1 Udvælgelse og vurdering af artikler

Næst efter den systematiske litteratursøgning, er der som et led i søgeprocessen anvendt en udvælgelses og vurderingsprocedure for at sikre, at de lokaliserede videnskabelige studier opfyldte opstillede in-og eksklusions kriterier og herved studierne kvalitet og troværdighed (Lund et al. 2014). For yderligere at sikre stringente udvælgelsesprocedurer, bestod udvælgelsesprocessen af flere vurderingsfaser fra de seks databaser, hvilket er illustreret i nedenstående flowdiagram.



Specialegruppen har været inspireret af proceduren for artikel udvælgelse der er beskrevet i "Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering" hvilket resulterede i en udvælgelse gennem tre faser (Jørgensen 2007). Inden udvælgelsen blev der i specialegruppen forventningsafstemt og opsat in- og eksklusionskriterier for udvælgelsen, som kan læses i bilag 1. Første fase bestod af en udvælgelse på baggrund af den umiddelbare relevans for specialets fokus, ud fra titel og abstract, hvor hvert gruppemedlem fik tildelt to databaser med ansvar for den konkrete søgning og udvælgelse. Herefter blev der kontrolleret for dubletter som udgjorde 47 hits. Anden fase bestod i en vurdering af artiklernes relevans for specialets fokus efter gennemlæsning. Her var fokus på inklusionskriterierne som er identiske med førnævnte limits, suppleret med kriteriet, at studierne skulle omhandle vacciner, der kunne sidestilles med de, som er tilhørende det danske børnevaccinationsprogram. Dette blev gjort ved at gruppen sad sammen og ved tvivl konsulterede de øvrige medlemmer. Efter anden fase blev der identificeret artikler, der dannede grundlag for emner til interviewguiden. Se afsnit 5.1 Litteraturanalyse til udformning af interviewguide. for denne analyse. Tredje udvælgelsesfase bestod i vurdering af studiernes metodologiske kvalitet samt troværdighed af resultaterne. Der er valgt at medtage studier af lav metodologisk kvalitet, idet der ikke er identificeret meget forskning på området. Ifølge Lund et al. (2014), er det væsentligt at få kendskab til studiers bias og troværdighed, for at kunne besvare den opstillede problemformulering og derved give forslag til implementering i praksis (Lund et al. 2014), i dette tilfælde med formål om forandring, hvorfor denne tilgang blev inkluderet i udvælgelsen. Som tilgang til vurdering af de udvalgte studier, har specialet taget afsæt i evidensstypologier, da denne tankegang i modsætning til evidenshierarkiet, ikke fremsætter specifikke undersøgelsesdesign som stærkere end andre, men hvor forskellige design findes relevante til besvarelse af forskellige forskningsspørgsmål (Rieper & Hansen 2007). For kritisk læsning og vurdering af de syv anvendte artikler, lod specialegruppen sig inspirere af relevante tjeklister indhold, egnet til de konkrete studier, for at opnå en samlet vurdering af deres anvendelighed. De anvendte tjeklister, der blev søgt inspiration ud fra var: VAKS (Poulsen et al. 2009), STROBE (University of Bern 2008) og checkliste til vurdering af systematisk review (Sekretariatet for Referenceprogrammer 2014). I alt er syv artikler udvalgt, kritisk læst og vurderet, hvor en skematisk oversigt over artiklernes indhold kan læses i bilag 2. Ud over den beskrevne systematiske søgning, er der efter interviewenes udførelse og analyse udarbejdet supplerende søgninger, herunder kædesøgninger i de udvalgte artikler målrettet de forandringslementer, som fremkom i empirien og analysen heraf. Dette resulterede i to studier, der yderligere blev anvendt i diskussionen af specialets resultater.

4.2 Videnskabsteori og teoretisk perspektiv

4.2.1 Konstruktionisme som epistemologi

Ifølge Michael Crotty, illustrerer en undersøgelses epistemologiske perspektiv, undersøgerens grundlæggende måde at forstå og forklare, hvordan gyldig viden fremkommer i verden (Crotty 1998). Derfor anses dette som essentielt at gøre eksplicit i specialet, for læserens fortolkning af de fremkomne resultater. Nærværende speciale vil være inspireret af Crottys udlægning af den konstruktionistiske epistemologi. Ifølge Crotty er konstruktionismen karakteriseret ved, at der ikke findes en objektiv sandhed og at mening ikke kan blive til eller eksistere uden den menneskelige bevidsthed. I relation til samme fænomen, vil forskellige mennesker konstruere forskellige meninger og både subjekt og objekt bidrager til dannelsen af mening (Crotty 1998). Med inspiration i ovenstående skal specialets resultater ikke betragtes som objektiv gyldig viden, men en viden der er fremkommet i mødet mellem specialegruppen og de undersøgte objekter. Derfor vil dette speciale søge en gyldig udlægning af den fremkomne viden.

Ud fra inspiration fra Crottys sontring omkring sammenhængen mellem epistemologi, teoretisk perspektiv, metodologi og metoder findes dette relevant at tydeliggøre, under de følgende respektive afsnit hvor til disse knytter sig. Denne sontring er skitseret i nedenstående figur 1.



Figur 1. Oversigt over specialets oversigt med inspiration af Michael Crotty.

4.2.2 Gadamer's filosofiske hermeneutik

Det teoretiske perspektiv i en undersøgelse, henfører ifølge Crotty til de filosofiske antagelser, der ligger bag en undersøgelses metodologi, som findes relevante at beskrive, idet en undersøger uundgåeligt bringer antagelser med ind i den valgte metodologi (Crotty 1998). Nærværende speciales teoretiske perspektiv vil være inspireret af Hans Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik, som ontologisk princip. Ifølge Gadamer's filosofiske hermeneutik er fortolkning en præmis for menneskelig væren i verden, altså bliver fortolkningen til en ontologisk betingelse (Højbjerg 2009). Gadamer argumenterer for, at det udforskende subjekt og objekt ikke kan adskilles fra hinanden idet subjektets forforståelse altid vil være en aktiv del af forståelsen og derved også fortolkningen af et givent fænomen (Dahlager & Fredslund 2007). Derved bliver det relevant at se på forudsætninger for forståelsen, som uddybes i følgende afsnit.

4.2.2.1 Forståelse og fordom

Forståelse er ifølge Gadamer sammensat af fordomme og forforståelse. Forforståelsen er karakteriseret ved at mennesket altid fortolker ud fra en tidligere forståelse af verden, altså at forståelse og udlægning af mening af et socialt fænomen altid sker ud fra en allerede eksisterende forståelse af verden (Højbjerg 2009). Derfor bliver specialegruppens medlemmers tidligere forståelse af verden en del af den ramme, der fortolkes ud fra i dette speciale. Yderligere uddybning af specialegruppens forforståelse beskrives i afsnit 4.2.3.1 Specialegruppens forforståelse. Fordomme er karakteriseret ved at være domme, der er gjort på forhånd – altså der vil altid ligge en dom, der er gjort på forhånd, til grund for forståelse, fortolkning og udlægning af verden. Fordomme er alt det som mennesket tager med ind i forståelsen af verden og de sociale fænomener. Denne dom mener Gadamer har oprindelse i menneskets kulturelle arv, dets historie og de traditioner dette er indlejret i (Højbjerg 2009, p.322). Specialegruppen har løbende sat sine fordomme i spil, bl.a. i mødet med litteratur inden for området, via specialets problemanalyse og i mødet med den fremkomne empiri.

4.2.2.2 Den hermeneutisk cirkel

I forståelses og fortolkningsprocessen indgår den hermeneutiske cirkel. Denne cirkel kan anses som en spiral, hvor der foregår en vekselvirkning mellem del og helhed (Højbjerg 2009). For Gadamer er både subjekt og objekt en del af den hermeneutiske cirkel, altså kan de ikke holdes adskilt (Dahlager & Fredslund 2007). Subjektet ses i nærværende speciale som specialegruppens medlemmer og objektet som de forældre, der indgår i interview, samt teksten fra de transskriberede interview.

4.2.2.3 Horisontsammensmeltning

Ifølge Gadamer kræver det en forståelseshorisont at kunne indgå i en akt af forståelse. Den enkeltes horisont er uundvigelig og samtidig en forudsætning for forståelse og et aktivt element i forståelseshandlingen. I mødet mellem to horisonter sker forståelsen, idet den ene sætter sig ind i den

andens horisont. Den anden kan i denne sammenhæng være en tekst eller en person. Herved sker der ifølge Gadamer en horisontsammensmeltning, hvor der skabes noget nyt som er uden for os selv og den anden, altså der bliver produceret noget i situationen (Dahlager & Fredslund 2007). Gadamer ser forståelse som en uendelig proces, da denne anses som flygtig og derved er opdagelsen af den sande mening i eksempelvis en tekst en proces, der er uendelig (Dahlager & Fredslund 2007). Specialets fortolkning af forældrenes perspektiver, blev bearbejdet indtil det blev vurderet, at der var opnået en gyldig fortolkning.

4.2.3 Hermeneutik og metodiske principper

Da Gadamers udlægning af den filosofiske hermeneutik ikke har et metodisk sigte (Højbjerg 2009), vil nærværende speciale tage udgangspunkt i Lisa Dahlager og Hanne Fredslunds (2007) udlægning af metodiske principper, uddraget af Gadamers filosofiske hermeneutik. Dahlager og Fredslund (2007) afgrænser, med inspiration fra Malterud, forforståelsen i forskningssammenhæng til det faglige perspektiv, som er karakteriseret ved de antagelser baseret på erfaring, empiri eller teori, hver undersøger tager med sig ind i forskningsprocessen. Hertil skal lægges præferencer for den teoretiske referenceramme, den metodiske tilgang, samt den erkendelsesinteresse, hver undersøger er i besiddelse af, og bringer med ind i forskningsprocessen (Dahlager & Fredslund 2007). Specialet vil tage udgangspunkt i samme afgrænsning af forforståelsen. Dahlager og Fredslund (2007) specificerer fire metodiske principper for hermeneutisk forskning, som der er inspireret af. Følgende vil disse fire principper blive beskrevet, sammenholdt med konkrete beskrivelser af, hvordan dette har udfoldet sig i praksis.

Det første metodiske princip, der beskrives af Dahlager og Fredslund (2007) er, at undersøgeren bør opnå en bevidsthed til egen forforståelse i relation til specialet, idet forforståelsen hos den enkelte undersøger har en påvirkning på forskningsprocessen (Dahlager & Fredslund 2007). Dette ekspliciteres i nærværende speciale ved en beskrivelse af gruppe medlemmernes forforståelse, som beskrives i afsnit 4.2.3.1 Specialegruppens forforståelse. Fredslund og Dahlager (2007) beskriver endvidere, at fordi forforståelsen ikke altid er mennesket bevidst, handler det om at arbejde med redskaber og metoder til at få denne bevidstgjort (Dahlager & Fredslund 2007). Specialegruppen har i denne forbindelse aktivt udfordret hinanden med argumentation og nedskrevet dette, således at der er søgt en bevidsthed om, hvordan forforståelsen blev forandret og udfordret gennem specialeperioden.

Det andet metodiske princip som er beskrevet af Dahlager og Fredslund (2007) handler om, at undersøgeren sætter sin forståelseshorisont i bevægelse, ved at sættes sin forforståelse i spil (Dahlager & Fredslund 2007). Specialegruppen har her præsenteret projektets problemanalyse og metodeovervejelser i et fagligt forum med feedback fra ligesindede og opponentervejleder, og er projektet igennem blevet stillet reflekterende spørgsmål af vejleder. En anden måde at få forforståelsen belyst er at stille spørgsmål ved

hvilken forståelse, der ligger bag ved hvert spørgsmål, der stilles i et projekt, idet der altid ligger en forforståelse af det undersøgte fænomen bag det stillede spørgsmål. Et redskab til dette kan være at vende spørgsmålet om og stille det modsat, da dette er en effektiv måde, at udfordre forforståelsen på (Dahlager & Fredslund 2007, p.168). Dette er gjort ved specialegruppen har reflektere sammen, udfordret hinanden og gennem hele specialeprocessen været bevidst om dette. Endnu et redskab til at dokumentere forforståelsens udvikling er, ifølge Dahlsager og Fredslund (2007), at skrive en logbog over, hvordan et møde med feltet eller et vejledermøde har udviklet denne (Dahlager & Fredslund 2007). Der er derfor løbende nedfældet tanker og refleksioner i en dagbog, som senere er blevet struktureret til en bevidst løbende refleksion over forforståelsens udvikling.

Det tredje metodiske princip handler om at sætte sig i den andens sted, altså ind i den andens situation og her tage højde for og erkende, at undersøgeren tager sin egen forforståelse med. Dette er gjort ved at konkretisere og kredse den kontekst ind, der er relevant for undersøgelsen (Dahlager & Fredslund 2007). For at forstå, må undersøgeren sætte sig ind i den baggrund eller den kontekst, det andet menneske taler, skriver eller handler ud fra og herved gå bag om det sagte eller gjorte. Dette fordrer, at undersøgeren sætter sig i den andens sted og forsøger at forstå den andens forforståelse, situation og horisont. I denne proces vil undersøgeren altid medbringe sin egen forforståelse, hvilket derved ikke betyder at undersøgeren træder ud af sin egen horisont for at gå ind i den andens (Dahlager & Fredslund 2007, p.169). Dette er forsøgt ved at sætte sig i de deltagende forældres sted, ved at sætte sig ind i relevante videnskabelige undersøgelser, der beskriver perspektiver på at være forældre. Dette i kombination med en gennemgang af øvrig litteratur på området, herunder udarbejdelsen af problemanalysen. Der har ligeledes været søgt afklaring af udvalgte sociodemografiske karakteristika ved de deltagende forældre, så som uddannelsesniveaue, alder og barnets alder. Dette fordi handlinger eller tale altid er påvirket af den kontekst, hvori disse bliver til (Dahlager & Fredslund 2007) og derved også i specialets empiri. Til at forstå en kontekst kan der anvendes teori, der siger noget om konteksten, og derved åbner en tekst for nye fortolkningsperspektiver (Dahlager & Fredslund 2007). I specialet er der inddraget teori i fortolkningen af specialets empiri, nærmere betegnet i det fjerde trin i analyseprocessen, hvilket uddybes i afsnit 4.5 Analysestrategi. Det fjerde metodiske princip handler om "*spørgsmålets struktur*" (Dahlager & Fredslund 2007, p.172). Til udfordring af denne struktur, kan der ses bag om spørgsmålet og på den forforståelse, der ligger bag det konkrete spørgsmål, for at få andre spørgsmål frem (Dahlager & Fredslund 2007). Specialegruppen har kontinuerligt taget specialets problemformulering op til overvejelse, for at bevare en åbenhed i forhold specialets fokus, hvilket har bevirket at denne har udviklet sig igennem specialeprocessen.

4.2.3.1 Specialegruppens forforståelse

Da specialet er inspireret af Gadamers filosofiske hermeneutik findes det relevant at beskrive gruppemedlemmernes forforståelse i forhold til det undersøgte fænomen. Forforståelsen er afgrænset, jævnfør Dahlager og Fredslunds (2007) udlægning af denne, som beskrevet i ovenstående afsnit. Forforståelsen er til dels dannet på baggrund af den litteratur og viden, der er fremkommet gennem specialets problemanalyse og ud fra den faglighed, hvert enkelt gruppemedlem har med sig ind i udarbejdelsen af specialet. De tre gruppemedlemmers faglige baggrund er henholdsvis en ergoterapeut og to sygeplejersker, hvilket vurderes at have bidraget til en tværfaglighed i udarbejdelsen af specialet. Et af specialegruppens medlemmer er aktiv i en studenterforening, der arbejder for at få mere fokus på patientsikkerhed, og har her en stor interesse i og fokus på sikkerhed for brugere af sundhedsvæsenet. Specialegruppens medlemmer har alle via deres tidligere profession en faglig og personlig interesse for at inddrage borgere i eget forløb i sundhedsvæsenet. Den teoretiske referenceramme er udviklet gennem hvert medlems basisuddannelse, samt undervisning og erfaring fra kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab. De tre medlemmer har alle deltaget i de to samme valgfag og har her fælles referenceramme for sundhedssociologiske metoder og kvalitative forskningsmetoder. Derved ligger gruppens interesser hovedsageligt i den kvalitative forskning. Der har ligeledes været repræsenteret forskellige holdninger til vaccination. Det har fra begyndelsen været specialegruppens intention, ikke at lade dette afspejle i specialerapporten, da det ikke blev fundet relevant at lade sig præge af egen forforståelse i forhold til spørgsmålet om til- eller fravalg af vaccination, idet dette ikke er fokus for problemformuleringen. Derfor har gruppen søgt at have en åben og udforskende tilgang til empirien og derved ikke ønsket at tage udgangspunkt i en normativ erkendelsesinteresse vedrørende børnevaccination.

4.3 Fortolkende interviewundersøgelse

4.3.1 Det individuelle og dyadiske forskningsinterview

Ifølge Crotty er metodologien forskningsdesignet, der former valg og anvendelse af bestemte metoder og kæder dem sammen med de outcome, der ønskes i en undersøgelse, hvilket indebærer en redegørelse af de valgte metoders anvendelse (Crotty 1998), som beskrives i følgende afsnit. Metodologien for nærværende kvalitative interviewundersøgelse betegnes; en fortolkende interviewundersøgelse, på baggrund af det teoretiske perspektiv, inspireret af Gadamers filosofiske hermeneutik som ontologisk princip. De anvendte metoder, er henholdsvis individuelle og dyadiske interview. Med henblik på besvarelse af problemformuleringen, blev det kvalitative forskningsinterview valgt som metodisk tilgang til dataindsamling. Denne metode blev fundet anvendelig, da specialets formål var at undersøge forældres oplevelser og erfaringer med og behov for information om børnevaccinationsprogrammet, for herved at identificere forandringsforslag til nuværende praksis.

Ifølge Tanggaard og Brinkmann (2015a), er det kvalitative forskningsinterview anvendeligt til at opnå viden om menneskets erfaringer, oplevelser og holdninger til et fænomen, set ud fra den enkeltes livsverden (Tanggaard & Brinkmann 2015a). Informanterne, i dette tilfælde forældrene, fik tilbuddet om at deltage alene eller i eventuelle par, for herved at tilstræbe deltagelse af både fædre og mødre.

Derfor blev det valgt at kombinere individuelle interview med dyadiske interview, som blev udført i uge 14, i perioden fra d. 4-8 april 2016. Interview som metode kan anses som en såkaldt interpersonel situation (Kvale & Brinkmann 2009), hvilket i nærværende undersøgelse kom til udtryk ved, at interviewene blev udformet som en samtale mellem forældre og interviewer, med specialets emne som et fælles interessefelt. Både det individuelle og dyadiske interview gav den enkelte forælder mulighed for at fremkomme med dybdegående og detaljerede beskrivelser af oplevelser, erfaringer og holdninger, og tillod forældrene at komme med individuelle fortællinger, om det undersøgte fænomen (Morgan et al. 2013; Kvale & Brinkmann 2009). Herved blev den hermeneutiske cirkel anvendt ved at interviewer som subjekt og forældrene som objekt ikke kunne adskilles, som tidligere fremskrevet i afsnit 4.3.1 Det individuelle og dyadiske forskningsinterview. I det dyadiske interview kunne udsagnene fra en forælder samtidig få den anden forælder til at reflektere og trække et svar frem (Morgan et al. 2013). Dette blev anset som en fordel ud fra den betragtning, at forældrepar antages at dele mange oplevelser og erfaringer og derved kan aktivere hinandens hukommelse og refleksioner, hvorved dette kunne fremme perspektiver, som potentielt ellers ikke ville blive belyst. Der kan i dyadiske interview analyseres på interaktionen mellem deltagerne (Morgan et al. 2013). Dette blev dog fravalgt, da det med hensyn til besvarelse af problemformuleringen blev fundet relevant, udelukkende at have fokus på indholdet i interviewet. Det vurderedes ud fra ovenstående, at dyadiske og individuelle interview derved kunne supplere hinanden i indsamling af empirien. Der blev ved både individuelle og dyadiske interview anvendt en semistruktureret interviewform, som nærmere beskrives i nedenstående afsnit.

4.3.2 Det semistrukturerede interview

Den semistruktureret interviewform blev fundet relevant på baggrund af specialets formål om et forandringsperspektiv, hvilket fordrede nogle på forhånd fastlagte temaer i relation til børnevaccinationsprogrammets informationsgrundlag. Denne interviewform bidrog til, at alle forældre forholdte sig til de samme spørgsmål og temaer, men tillod samtidig fleksibilitet og åbenhed for rækkefølgen af temaerne, samt i forhold til at interviewer kunne forfølge forældrenes fortællinger undervejs (Thagaard 2004).

4.3.3 Interviewguide

Det semistrukturerede interview er i specialet udført med afsæt i en interviewguide, som er udarbejdet på baggrund af specialegruppens tilegnede forforståelse fra problemanalysen og den systematiske litteratursøgning. Den systematiske søgning med en efterfølgende tematisk analyse af de udvalgte artikler, resulterede i følgende tre kategorier: "Risikokommunikation", "Tillidsskabelse" og "Italesættelse af vaccinationsovervejelser", som blev medtænkt som temaer i interviewguiden, se afsnit 5.1

Litteraturanalyse til udformning af interviewguide, for beskrivelse af litteraturanalysen. Denne tilgang til udarbejdelse af interviewguiden blev valgt for at medtænke et forandringsperspektiv i udformningen af interviewene og for at specialegruppens medlemmer, ved aktivt at forholde sig til eksisterende litteratur på området, fik et grundigt kendskab til emnet og derved blev i stand til at stille forældrene relevante spørgsmål (Tanggaard & Brinkmann 2015a; Kvale & Brinkmann 2009). Den udarbejdede og anvendte interviewguide kan læses i bilag 3. I kraft af, at guiden bl.a. bygger på førnævnte begreber, blev denne udarbejdet som semi-struktureret, med opsatte forsknings- og interviewspørgsmål, udformet på baggrund af specialets problemformulering. Forskningsspørgsmålene blev udformet for at søge forældres erfaringer, oplevelser og ønsker knyttet til specialets fokus og var derfor mere abstrakte i sin udformning. Disse blev derved nedbrudt til interviewspørgsmål, for at udforme letforståelige spørgsmål, der blev stillet i interviewet, for at søge beskrivelser af specialets fokusområde (Tanggaard & Brinkmann 2015a).

Interviewguiden blev udformet på baggrund af en variation af forskellige typer af interviewspørgsmål af indledende, opfølgende og specificerende karakter, for at nuancere interviewerens spørgeteknik i forhold til specialets problemfelt (Tanggaard & Brinkmann 2015a). For at følge en semi-struktureret tilgang, blev strukturerede spørgsmål anvendt løbende for at lede interviewet gennem de opsatte temaer og derved synliggøre for forældrene, hvilket tema der blev fokuseret på. Yderligere blev fortolkende spørgsmål løbende anvendt i interviewet, for at opretholde specialets hermeneutiske tilgang. Disse spørgsmål blev eksempelvis stillet som "Så det jeg hører dig sige, er at..?", hvilket bidrog til, at der allerede i interviewene blev fortolket på interviewdeltagerens selvforståelse ud fra interviewerens og observatørens forforståelse, hvormed den analytiske proces allerede blev indledt (Tanggaard & Brinkmann 2015a). Interviewguiden blev indledt med en *briefing*, der indebar at interviewerens definerede formål og indhold med interviewet og afsluttet med en *debriefing*, som lagde op til supplerende perspektiver på emnet (Kvale & Brinkmann 2009), for yderligere uddybning se afsnit 4.3.6 Udførelse af interviewet.

Forinden udførelse af interviewene havde specialegruppens medlemmer gennemgået og trænet anvendelse af interviewguiden grundigt, bl.a. ved at øve interviewsituationen med medstuderende samt ved udførelse af pilotinterview. Pilotinterviewet blev udført med en førstegangsmor til et barn på 3 år, hvilket bidrog med rettelser i forhold til præcisering af forståelsen af enkelte spørgsmål. Dette havde til

formål at klæde interviewerne på, således at fokus blev flyttet fra de enkelte interviewspørgsmål til tilstedeværelse i interviewsituationen, samt anvendelse af aktiv lytning (Tanggaard & Brinkmann 2015a), ved at nikke, anvende anerkendende verbale udsagn og udvise nærvær via øjenkontakt. Dette er gjort, idet den menneskelige relation er vigtig i det kvalitative forskningsinterview, hvor interaktionen mellem interviewer og interviewdeltager er altafgørende for at opnå fyldestgørende svar ved indhentning af empiri (Tanggaard & Brinkmann 2015a; Kvale & Brinkmann 2009). At være interviewer kræver erfaring, for at kunne frigøre sig fra interviewguiden og være til stede i interviewsituationen (Thagaard 2004), hvorfor interviewrollen stillede krav om fleksibilitet, tilstedeværelse og refleksion om, hvor dybdegående de enkelte temaer og spørgsmål i interviewguiden skulle berøres, for samtidig at bevare interviewsituationen som en samtale. Rammerne for interviewene beskrives yderligere i nedenstående.

4.3.4 Adgang til feltet

For at rekruttere forældre til deltagelse i interview, blev det med afsæt i specialets problemformulering fundet relevant at kontakte en kommunal sundhedspleje, idet denne faggruppe har kontakt til forældre, med helt små børn, som er børnevaccinationsprogrammets målgruppe. Derfor blev lederen af sundhedsplejen i en jysk kommune kontaktet og har haft funktionen som *gatekeeper*. Ifølge Tjørnhøj-Thomsen og Whyte (2007), er kontakt til gatekeeper en måde, hvorpå der kan opnås formel tilladelse til at få adgang til et felt (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2007), hvilket i dette tilfælde var en forudsætning for at få etableret et samarbejde med de menige sundhedsplejersker og herigennem få kontakt til forældre, som eventuelt var villige til at deltagelse. Kontaktetableringen blev foretaget telefonisk til lederen af den kommunale sundhedspleje, som blev informeret om specialets formål, hvorefter der blev arrangeret et møde om et eventuelt samarbejde. Inden mødet blev der via mail udsendt skriftlig information om specialets formål, som dannede grundlag for mødet. Der blev indgået et samarbejde, hvorved lederen gav tilladelse til at specialegruppen måtte kontakte de menige sundhedsplejersker, ligesom en samarbejdsaftale blev udfyldt. Denne havde til formål at sikre en fælles forståelse for samarbejdet samt enighed om vilkår for specialegruppens arbejde og kontakt til forældrene, herunder sikkerhed for varetagelse af etiske hensyn, se endvidere 4.6.1 Etiske overvejelser i det kvalitative forskningsfelt, for uddybning af etiske overvejelser.

4.3.5. Udvælgelse og rekruttering af informanter

Forældre til deltagelse i interview blev valgt på baggrund af en *strategisk udvælgelse*, idet de skulle repræsentere karakteristika, som var vigtige i forhold til besvarelse af problemformuleringen (Thagaard 2004). Det overordnede udvælgelseskriterie var derfor, at det skulle være forældre til et barn tilhørende

målgruppen for børnevaccinationsprogrammet. Da forskning på området viser, at forældre finder beslutningen om vaccination af det første barn ofte er den sværeste og mest betydningsfulde (Austin 2001), blev det besluttet, at alle skulle være førstegangsførelse, idet beslutningstagningen om vaccination er aktuell. Pga. projektets begrænsede tidshorizont, blev det samtidig i udvælgelsen nødvendigt at tage pragmatiske hensyn, for at skaffe et tilstrækkeligt antal deltagere inden for den fastlagte deadline som specialegruppen var nødsaget til at opstille. Derfor blev det besluttet, at sundhedsplejerskerne skulle rekruttere forældre, tilmeldt en kommunal forældreuddannelse for førstegangsførelse, for at fremme rekrutteringsprocessen. Her var det hovedsageligt mødre, som meldte sig til at deltage, inklusiv en far. Den konkrete udvælgelse foregik ved at to sundhedsplejersker, som var bekendte med udvælgelseskriterierne, informerede relevante deltagere om specialets og interviewundersøgelsens formål. Derefter blev interesserede forældres navn og telefonnummer skrevet på en liste, hvor de samtidig gav tilladelse til at de måtte kontaktes telefonisk af specialegruppen, med henblik på yderligere information og eventuelt endelig aftale om deltagelse i et interview. Når en forælder derefter ved den telefoniske kontakt indvilligede i at deltage i interview, fik personen tilsendt uddybende skriftlig information om undersøgelsens formål og udførelse, samt Sundhedsstyrelsens pjeces: "Børnevaccinationsprogrammet i Danmark 2015" (Sundhedsstyrelsen 2014). Informationsbrev til forældre, se bilag 4. Denne fremgangsmåde blev valgt af etiske årsager, for herved at sikre, at ingen følte sig presset til at deltage (Christensen, Nielsen & Schmidt 2007). I alt blev der afholdt fem individuelle og et dyadisk interview, hvorved i alt syv forældre deltog, hvilket blev vurderet tilstrækkeligt, da et studenterprojekt ifølge Tanggaard og Brinkmann (2015a) almindeligvis forventes at indeholde tre til fem informanter (Tanggaard & Brinkmann 2015a). Antallet af deltagende forældre blev desuden fundet passende, ud fra en vurdering af, at en grundig og uddybende analyse af de indhentede data ville være mulig, indenfor specialets tidsmæssige ramme (Kvale & Brinkmann 2009).

4.3.6 Udførelse af interviewet

Forældrene fik hver især mulighed for at bestemme, hvorvidt de ønskede at interviewet skulle foregå i deres hjem eller på det kommunale sundhedscenter. Dette for at sikre mest mulig trykthed for forældrene, idet en forudsætning for at indhente interviewdata af god kvalitet, er at informanten ved at opleve trykthedsrammer, får lyst til at indgå aktivt i interviewet (Christensen, Nielsen & Schmidt 2007; Kvale & Brinkmann 2009). Fem af interviewene blev udført i forældrenes hjem, mens et blev afholdt på et lokalt sundhedscenter. Ved interview på sundhedscentret, blev en hyggelig og tryk atmosfære tilstræbt, ved borddækning og grønne planter. Specialegruppen medbragte forfriskninger og praktiske ting til interviewene, således at forældrene skulle have mindst muligt besvær og kunne koncentrere sig om

deltagelse i interviewet. Ved alle interview blev forældrene opfordret til at sætte sig der, hvor de helst ville sidde, for også herved at tilstræbe mest mulig tryghed (Christensen, Nielsen & Schmidt 2007).

Interviewets indledende *briefing* indebar at interviewerens definerede formål og indhold med interviewet, hvor der blev lagt vægt på, at hvis der kom spørgsmål, der ikke blev ønsket besvaret var dette fuldt ud acceptabelt. Ydermere blev den skriftlige samtykkeerklæring gennemgået og underskrevet, hvorefter afklarende spørgsmål blev besvaret inden opstart af interviewet.

For at afrunde interviewet, blev der forinden afslutning af interviewet foretaget en *debriefing*, hvor interviewerens spurgte om forældrene havde supplerende kommentarer eller perspektiver på emnet og herunder deres oplevelse af deltagelsen. Dette havde til formål at sikre, at interviewdeltageren forholdt sig reflektivt til interviewet, således at manglende berørte perspektiver kunne berøres, hvilket blev anset som en åbenhed for at berige specialets empiri yderligere (Kvale & Brinkmann 2009). Gennemgående blev alle seks interview udført med tilstedeværelse af en interviewer og en observatør. Valg af en observatørs tilstedeværelse, argumenteres ud fra det perspektiv, at gruppens medlemmer ikke var erfarne interviewere, men samtidig var vidende om, at det kvalitative interview kan ses som et håndværk, der løbende skal tillæres (Kvale & Brinkmann 2009). Det blev derfor vurderet, at denne måde at tilrettelægge interviewet på, både kunne medvirke til at øge interviewenes kvalitet, ved at observatøren kunne stille uddybende spørgsmål, ligesom det samtidig kunne bidrage til, at det enkelte gruppemedlem fik træning i at udføre interview. Interviewerens rolle bestod af, at stille de opsatte spørgsmål og samtidig sikre indlevelse i forældrenes fortællinger, hvor observatørens rolle var at bistå interviewerens med uddybende spørgsmål samt hjælp til at sikre, at alle temaer og spørgsmål i interviewguiden blev berørt. Gruppemedlemmerne fordelte rollerne mellem sig, således at alle fik tildelt rollen som interviewer og observatør to gange i løbet af interviewperioden, for at skabe fleksibilitet og faglig læring. For samtidig at sikre mest mulig kontinuitet i interviewene, blev Interviewer og observatør fordelt, så der altid var en person til stede ved interviewet, som havde deltaget i det foregående, enten som interviewer eller observatør. Under hensyntagen til, at der i forvejen ofte er tale om en asymmetrisk magtrelation mellem informant og interviewer (Kvale & Brinkmann 2009; Christensen, Nielsen & Schmidt 2007), blev der lagt stor vægt på at forklare observatørens rolle, så deltagelse af to personer ikke skulle virke for overvældende for forældrene. Dette grundet viden om, at kvaliteten af interviewdata kan afhænge af, at informanten føler sig tryk og interviewerens formår, at etablere en god relation til informanten, da brugbar viden via interview skabes i den sociale relation mellem informant og interviewer (Kvale & Brinkmann 2009).

4.4 Transskribering af empiri

Som et led i den indledende analytiske proces, har specialegruppen anvendt transskription af de udarbejdede interview, hvor lydoptagelserne blev transformeret til skriftsprog. I denne proces blev transskriberingerne udformet ud fra forståelsen af, at transskription indebærer en abstraktion fra det talte sprog (Kvale & Brinkmann 2009). I specialet tillod den udarbejdede problemformulering en vis form for abstraktion, derfor blev det i transskriberingsproceduren ikke fundet relevant at nedfælde al tale som "øhh" og "æhh" og kropsudtryk. Yderligere blev interviewerens tilkendegivelse af aktiv lytning i interviewene ikke transskriberet, da dette ville medføre pauser i interviewsamtalens sætninger og derfor blev vurderet som en forstyrrende faktor. Komma og punktum blev indsat, hvor dette fandtes naturligt. For at opnå en fordybelse i empiriens fund og forberedelse til den efterfølgende analyse, blev transskriberingen foretaget kort efter interviewene (Tanggaard & Brinkmann 2015a), af enten observatøren eller interviewerens. Centralt for transskriberingsproceduren er, at anonymisering og fortrolighed bevares ved at informanterne ikke fremstår med genkendelige karakteristika (Steensig 2015), hvorfor hver forælder inden interviewet fik tildelt et fiktivt bogstav, som gennemgående blev anvendt i specialerapporten. For at minimere tabet af information, der er ved transskriberingsprocessen (Tanggaard & Brinkmann 2015a), har specialegruppen udarbejdet en vejledning med transskriberingsregler med inspiration af Brinkmann og Tanggaard (2015), som retningslinje for transskriptionsproceduren. Denne kan læses i nedenstående.

I:	Angiver at interviewerens taler
O:	Angiver at observatøren taler
Navn:	Angiver når interviewdeltageren taler (tildeles bogstaver, f.eks. "Forælder F")
#...#	Angiver tale som ikke kan høres eller tydes
[---]	Angiver overlappende tale i interviewet efterfulgt af linjeskift
<...>	Angiver pause eller ophold i interviewet
stemning	Angiver stemning i interviewet, eksempel *griner*
[AFBRUDT]	Angiver afbrydelser i interviewet
X-_____	Angiver anonymisering af egenavne, lande eller personnavne

(Brinkmann & Tanggaard 2015).

4.5 Analysestrategi

På baggrund af specialets problemformulering og teoretiske perspektiv, blev Dahlager og Fredslunds (2007) hermeneutisk analysestrategi anvendt til analyse og fortolkning af empiri (Dahlager & Fredslund 2007). Denne analysestrategi blev valgt, da den via en udførlig beskrivelse af procedurer, opdelt i fire trin (Dahlager & Fredslund 2007), kunne bidrage med stringens og fastlagte fremgangsmåder, som kunne fastholde specialegruppen i at tage informanternes sandhed for pålydende, mens den samtidig gav mulighed for, at gruppemedlemmerne kunne inddrage deres horisont, ved at gå i dialog med de transskriberede interview. Herved lod det sig gøre, ikke kun at se det, der umiddelbart fremtrådte, men at se noget mere, eller noget andet, således at en ny erkendelse kunne opstå (Dahlager & Fredslund 2007). Dahlager og Fredslund (2007) definerer, analysen som en: "*dekontekstualisering og en rekontekstualisering*" (Dahlager & Fredslund 2007, p.175), hvilket vil sige, at enkelte dele af materialet ved en dekontekstualisering, trækkes ud af helheden, og betragtes nærmere, hvorefter materialet ved en rekontekstualisering sættes sammen igen på en anden måde (Dahlager & Fredslund 2007). Både dekontekstualisering og rekontekstualisering blev styret af specialets problemformulering. Inden påbegyndelse af hvert trin blev der forventningsafstemt, for at opnå enighed om de enkelte trins specifikke procedurer.

Første trin i analysen bestod i at læse transskriptionerne og gennemlytte interviewene, for at opnå et helhedsindtryk. Dette trin er inspireret af Amadeo Giorgis fænomenologiske tilgang, hvor der lægges vægt på, at forskeren sætter sin forforståelse i parentes (Dahlager & Fredslund 2007). På trods af at specialets teoretiske perspektiv placerer sig under hermeneutikken med inspirationen fra den filosofiske hermeneutik som ontologisk princip, hvor det hverken lader sig gøre eller ønskes, at sætte forforståelsen i parentes (Dahlager & Fredslund 2007), fandt specialegruppen det alligevel hensigtsmæssigt, i dette første trin, så vidt muligt, at lade teksten tale, uden at lade sig påvirke af egen forforståelse for at bevare en åbenhed til empirien. I dette trin lyttede og læste hvert gruppemedlem de transskriberede interview igennem og forholdt sig åben til tekstens indhold.

Andet trin i analysen bestod i, via en dekontekstualisering, at organisere materialet i meningsbærende enheder samt foretage meningskategorisering ved at tildele de meningsbærende enheder kategorier (Dahlager & Fredslund 2007). I forbindelse med meningskategorisering blev de meningsbærende enheder således reduceret og struktureret som kategorier (Dahlager & Fredslund 2007). I denne proces var der fokus på hvad teksten sagde, uden at stille spørgsmål, eller søge en dybere mening med det, der blev sagt. Dele af de transskriberede interview blev sorteret fra, såfremt det ikke var relevant i forhold til

problemformuleringen (Dahlager & Fredslund 2007). Her blev den hermeneutiske spiral anvendt fra del til helhed og fra helhed til del, således at delene blev set ud fra de transskriberede interviews tekstdele og helheden ud fra problemformuleringen. Kategorierne blev bl.a. fundet ud fra forældrenes begrebsverden, med inspiration fra begreber fremkommet ved den indledende og systematiske litteratursøgning. Hvert gruppemedlem lavede i dette trin de meningsbærende enheder og kategorier til hvert enkelt interview hver for sig.

I det tredje trin i analysen blev der på baggrund af de identificerede meningsbærende enheder og kategorier, udarbejdet fælles meningsbærende enheder og kategorier.

Dette indebar en mere omhyggelig operationalisering af kategorier og ordning af de meningsbærende enheder under hver kategori, for hermed at opnå en bedre forståelse for, hvad de enkelte kategorier dækkede over og hvorvidt en kategori dækkede over flere forskellige egenskaber og derfor skulle opdeles i underkategorier (Dahlager & Fredslund 2007). Yderligere blev det vurderet, om nogle af kategorierne kunne slås sammen og hvorvidt der var overensstemmelse mellem kategorier og de tilhørende meningsbærende enheder, ligesom der blev reflekteret over om der kunne analyseres anderledes (Dahlager & Fredslund 2007). De tre gruppemedlemmer forhandlede kategorier for at opnå intersubjektiv enighed. I dette trin blev konkrete teorier og teoretiske begreber, der blev taget med videre i analyse og fortolkning, identificeret. Illustration af analyseprocessen er udarbejdet som et kodetræ, se bilag 5.

Det fjerde trin i analysen bestod i en rekontekstualisering og en hermeneutisk fortolkning (Dahlager & Fredslund 2007), hvilket blev gjort ved, at tekstdelene blev sammensat på en ny måde, for derved at besvare specialets problemformulering. Derved blev den hermeneutiske cirkel anvendt, som indebærer en kontinuerlig proces mellem forståelse af tekstens enkelte dele og forståelse af helheden (Dahlager & Fredslund 2007; Kvale & Brinkmann 2009). I denne del af analysen blev der ved inddragelse af teori benyttet en abduktiv tilgang, hvilket vil sige, at der foregik en vekselvirkning mellem induktion og deduktion, for herved at opnå nye forståelser og fortolkninger af det undersøgte fænomen (Bitsch Olsen & Pedersen 2003), i dette tilfælde forældres oplevelse af forandringsbehov relateret til informationsgrundlaget. Derved blev en åben tilgang til empiri kombineret med inddragelse af teori for herved at nå til nye forståelser (Bitsch Olsen & Pedersen 2003).

Således foregik der samtidig en bevægelse fra tekst til kontekst og fra det individuelle til det almene (Dahlager & Fredslund 2007). Niklas Luhmanns teoretiske begreber om tillid, risiko og kommunikation (Kneer & Nassehi 1997; Luhmann 1999, 2000, 2003), Thomas Brecks tre idealtyper for risikokommunikation (Breck 2001), samt Sherry Arnsteins (1989) teori om deltagerstigen og herunder niveauer af

brugerinddragelse, blev inddraget i analyse og fortolkning. Dette trin blev til i analysen ved at specialegruppen delte kategorierne mellem sig og udarbejdede udkast, som roterede mellem gruppemedlemmerne. Dette bevirkede at analysen blev udarbejdet på baggrund af alle medlemmernes forforståelse af teori og problemfelt. Der blev hertil igangsat diskussioner, for at opnå enighed om det fremanalyserede, samt analysens struktur.

4.6 Etiske overvejelser

4.6.1 Etiske overvejelser i det kvalitative forskningsfelt

Kvalitativ forskning kan ses som en social praksis, der både medfører etiske problematikker- og potentialer, idet problemfeltet omhandler menneskets liv og erfaringer, som ytres i det offentlige rum (Brinkmann 2015). De etiske aspekter har derfor været medtænkt gennem alle faser i specialet. Centralt for specialets etiske overvejelser, har været med afsæt i flere etiske dimensioner; informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser af forældrenes deltagelse, samt specialegruppens rolle som forsker (Brinkmann 2015), hvilket vil blive udfoldet i nedenstående. Ved undersøgelse af menneskeligt biologisk materiale skal der laves indberetning til videnskabsetisk komité (Brinkmann 2015), hvilket specialegruppen har været undtaget for, idet undersøgelsesfeltet er forældres informationsbehov i forhold til børnevaccinationsprogrammet. Specialegruppen har som foreslået af Brinkmann (2015), arbejdet ud fra formelle etiske regler med inspiration af de "Vejledende retningslinjer for forskningsetik i samfundsvidenskaberne" (Brinkmann 2015), hvilket kan opsummeres i følgende fem punkter som udfoldes yderligere i det følgende afsnit:

- 1) Overvejelse og sikring af at specialeprojektet lever op til god videnskabelig standard.
- 2) Hensyntagen til både de deltagende forældre, kommunen samt den kommunale sundhedspleje, der berøres af specialet.
- 3) Ansvar for fortrolig opbevaring og behandling af eventuelle indhentede personidentificerbare oplysninger (Navn, telefonnummer og adresse).
- 4) Indhentning af informeret samtykke og oplysning om frivillig deltagelse for kommunen og de deltagende forældre.
- 5) At specialerapporten offentliggøres efter afsluttende kandidateksamen i overensstemmelse med de videnskabelige principper for forskning (Brinkmann & Tangaard 2015).

4.6.1.1 Etik i specialets forskningsprocesser

De etiske overvejelser har for specialegruppen været gennemgående medvirket til refleksioner under hele processen, herunder de forskellige stadier i den kvalitative forskningsproces: Tematisering, design, datagenerering, transskribering, analyse, verificering og rapportering (Brinkmann 2015).

Således har specialets etiske overvejelser fulgt specialets stadier i den kvalitative forskningsproces. Som et centralt led i den indledende forskningsproces omkring specialets design, har der her været overvejelser om hvorledes specialets problemformulering og besvarelse af denne har kunnet bidrage med et forandrings sigte. I relation til specialets metodiske tilgang til transskription, har specialegruppen herved tilstræbt at udvise loyalitet i forhold til hvordan de aflyttede lydoptagelser er blevet oversat til en tekstuel præsentation og fremlæggelse i specialerapporten (Brinkmann 2015). Som beskrevet i afsnit 4.4 Transskribering af empiri, blev det fravalgt at nedskrive sproglige udtryk såsom "øh", da talestrømmen i det talte sprog ofte indebærer ufuldendte sætninger og ord (Tanggaard & Brinkmann 2015a), hvorfor det med afsæt i etiske overvejelser blev fravalgt at medtage disse udtryk for ikke at udstille forældrenes sproglige fremstilling.

4.6.2 Mikro og makroetiske overvejelser

I relation til kvalitativ interview og etiske overvejelser hertil, kan etiske problemstillinger inddeles og ses ud fra to niveauer, henholdsvis mikro- og et makroetik, hvor det mikronesiske ses som etiske hensyn relateret til de involverede personer, mens det makroetiske relateres til de samfundsmæssige påvirkninger af viden, produceret ved interviewene (Kvale & Brinkmann 2009). Gennemgående har balancen mellem hensyntagen både til det mikro- og makroetiske niveau været prioriteret højt i specialet, for at forebygge etiske konflikter. For at opfylde kravet om god videnskabsetik, er der inden kontaktetablering til den kommunale sundhedspleje i den udvalgte kommune foretaget etiske overvejelser og vurderinger af de eventuelle etiske problemstillinger og risici, der kunne opstå, ved at inddrage interviewpersoner i en forskningsproces (Kyvik 2007). Specialegruppen tog telefonisk kontakt til den ledende sundhedsplejerske i den pågældende kommune, for at præsentere specialets formål og forespørge om tilladelse til og interesse i et eventuelt samarbejde. Som grundlag for samarbejdet, blev der inden opstart af kontakt til forældre, underskrevet en samarbejdsaftale, udarbejdet på Folkesundhedsvidenskabsuddannelsen på Aalborg Universitet, for tilladelse til at specialegruppen kunne rekruttere forældre gennem den kommunale sundhedspleje. Samarbejdsaftalen sikrede, at der på forhånd blev fastlagt aftaler og afstemt forventninger mellem kommunen og specialegruppen. Samarbejdsaftalen kan ses i bilag 6.

De mikro-etiske overvejelser er anvendt i samarbejdet med de deltagende forældre, idet der blev indhentet informeret samtykke, sikret fuld anonymitet, fortrolighed og beskyttelse af deltagerne, for herved bl.a. at sikre, at deltagelse i undersøgelsen ikke fik negative konsekvenser for forældrene. I henhold til indhentning af navn og telefonnummer, samt opbevaring af lydfil og destruering af indsamlede data, er der arbejdet ud fra "Lov om behandling af personoplysninger" (Kyvik 2007). Denne tilgang blev anvendt for at sikre, at de deltagende forældre i er fuldt anonymiseret og dermed fremstår med et fiktivt bogstav i rapporten, for at

opfylde kravet om deltagernes uigenkendelighed for andre (Kyvik 2007). Det informerede samtykke blev indhentet med formålet om, at de deltagene forældre havde kendskab til specialets og interviewets indhold og formål inden deltagelse (Brinkmann 2015). Dette samtykke blev indhentet mundtligt og skriftligt, for både at sikre forældrenes rettigheder ved deltagelse, og samtidig sikre at specialegruppen havde indhentet dokumentation for forældrenes accept af deltagelse i rapporten. Den skriftlige samtykkeerklæring blev gennemgået og underskrevet sammen med deltagerne inden interviewets start og kan læses i bilag 7. For at sikre fuld anonymitet, blev det i samarbejde med kommunen aftalt, at anonymiseringen både dækker forældrene og kommunen, således at dennes navn ikke fremgår. Dette blev valgt med afsæt i overvejelser om at bevare både deltagere, kommunale medarbejdere samt kommunen som anonyme. Yderligere blev interviewene udarbejdet med afsæt i samtaleetikens etiske princip om at udvise respekt for forældrenes ret til at fortælle åbent om deres oplevelser og erfaringer og samtidig sige fra i interviewet, hvis nogle af de stillede spørgsmål blev fundet eksempelvis for følsomme at besvare (Rendtorff 2003). Dette var med afsæt i formålet om både at bevare respekt for forældrenes åbenhed i interviewet og samtidig ikke gøre skade ved at forældrene skulle føle at deres personlige grænser blev overskredet (Kvale & Brinkmann 2009). Af hensyn til tid og sted for interviewene blev disse planlagt ud fra forældrenes præmisser og muligheder, hvoraf interview i hjemmet ligeledes medførte en etisk fordring om at udvise respekt herfor (Rendtorff 2003). I forhold til det makroetiske perspektiv, har de etiske overvejelser rettet sig mod den humane og samfundsvidenskabelige kontekst, hvor specialets fokus ses i forhold til den samfundsmæssige sammenhæng. I dette perspektiv, har specialegruppen løbende overvejet hvilken interesse specialet vil tjene når resultaterne heraf er blevet offentliggjort og hvilke implikationer resultaterne kunne få for det omgivende samfund (Brinkmann 2015).

For at minimere etiske dilemmaer i udarbejdelse af en undersøgelse, er det ifølge Brinkmann centralt at tilstræbe ikke at være præget af normative værdier, da disse højst sandsynligt ikke vil kunne realiseres (Brinkmann 2015). Derved har det været centralt for udarbejdelsen af rapporten, at tilstræbe neutralitet i forhold til forældres vaccinationsvalg, på trods af både individuelle og en fælles forforståelse. Med afsæt i denne, tænkes de etiske problematikker som fremanalyseret i rapportens problemanalyse med at indfri specialegruppens ønske om at forholde sig neutralt til den etiske samfundsdebat. Ligeså har den kvalitative metode stillet krav om en bevidsthed om egen forskerrolle i specialet. I takt med at specialegruppens tre medlemmer udgør det primære forskningsredskab, var kendskab til egne og andres værdimæssige perspektiver på specialets emne væsentligt for at sikre en etisk refleksivitet (Brinkmann 2015). Dette er forsøgt imødekommet ved at specialegruppen har nedskrevet sin forforståelse i rapporten, for at udvise en bevidsthed om denne.

5. Problembearbejdning

I det følgende kapitel, vil specialets problembearbejdning blive udfoldet. Først vil specialets litteraturanalyse til udformning af den anvendte interviewguide blive beskrevet. Dernæst vil de udvalgte teoretiske begreber fra Niklas Luhmann, Thomas Breck og Sherry R. Arnstein blive beskrevet, suppleret med argumentation for begrebernes relevans. Inden den empiriske analyse, vil de syv deltagende forældre blive præsenteret. Specialets empiri vil dernæst blive analyseret med afsæt i de beskrevne begreber for at besvare specialets problemformulering med henblik på forandring.

5.1 Litteraturanalyse til udformning af interviewguide

Interviewguiden til de semistrukturerede interview blev udarbejdet på baggrund af specialegruppens tilegnede for forståelse fra problemanalysen, samt fra den systematiske litteratursøgning. Til udarbejdelse af litteraturanalysen, er der søgt inspiration i tilgangen til en kvalitativ indholdsanalyse, hvor kodning og kategorisering af relevante begreber identificeres og udvælges (Halkier 2008). En gennemgang af litteratur på et givent område kan fokusere interviewet og klargøre hvilke relevante emner, der skal spørges ind til, som ellers ville være risiko for at overse (Tanggaard & Brinkmann 2015a). Den systematiske litteratursøgning blev anvendt til fokusering af temaerne i guiden via en systematisk udvælgelse af artikler. Denne søgning og udvælgelse er yderligere beskrevet i afsnit 4.1.2 Systematisk søgning. Efter anden fase i artikeludvælgelsen blev der udvalgt seks artikler til udformningen af specialets interviewguide. Denne udvælgelse skete på baggrund af centrale elementer for forældrenes beslutningstagen, der blev identificeret, hvor for forståelsen fra problemanalysen hertil blev sat i spil. Denne tilgang til udarbejdelse af interviewguiden blev valgt for at medtænke et forandringsspektiv i udformningen af interviewene. Da litteratursøgningen resulterede i sparsom litteratur på området, blev elementer fra publicerede studier samlet, for derved at få disse belyst i interviewene, med det formål at opnå nye perspektiver. Til de fremkomne artikler blev følgende fokuseret spørgsmål stillet; *"Hvilke centrale emner ses der i forhold til forældres beslutningstagning omkring vaccination?"*, for derved at opnå at interviewene fik belyst de udvalgte perspektiver. De seks artiklers indhold blev "kodet", hvoraf der samlet opstod 12 koder, som dernæst blev kategoriseret i 3 kategorier; "Kommunikation om risiko", "Tillidsskabelse" og "Italesættelse af vaccinationsovervejelser", der blev medtænkt som temaer i interviewguiden. Dette havde til formål at sikre en aktiv forholden til eksisterende litteratur på området og derved få de deltagende forældre til at forholde sig til dette, for at tænke et forandringsspektiv med ind i interviewene. I nedenstående figur 2 skitseres en oversigt over kodning og kategorisering af artiklernes indhold.

Kodning	Kategorisering
<ul style="list-style-type: none"> • Dialog • Information i et forståeligt sprog • troværdig information • Skriftlig / mundtlig information 	Kommunikation om risiko
<ul style="list-style-type: none"> • Aktiv lytning • Respekt for autonomi • Adgang til information 	Tillidsskabelse
<ul style="list-style-type: none"> • Forældrenetværkets betydning • Inspiration fra andres erfaringer 	Italesættelse af vaccinationsovervejelser

Figur 2. Illustration af kodning og kategorisering af artikler til interviewguide.

5.2 Teoretisk anvendelse

Nærværende kapitel vil indeholde en beskrivelse af og begrundelse for valg af teoretiske begreber, samt hvorledes teorierne vil blive anvendt i analyse og fortolkning af empiri. Begreberne vil i analysen blive anvendt med inspiration fra Klaus Høyers (2007) sondring omkring teori som en dåseåbner. Ved at anvende teori som dåseåbner bevirker det, at den genstand eller det fænomen, der ses på, afgrænses og hvor der via teorien kan sættes gang i analysen (Høyer 2007). I specialet vil dette udmønte sig i brugen af de nedenfor beskrevne, teoretiske begreber.

5.2.1 Niklas Luhmann

Dele af den tyske sociolog Niklas Luhmanns systemteori (Luhmann 1999, 2000, 2003), er valgt som hovedteori til brug ved analyse og fortolkning af empiri. Da Luhmanns teori- og begrebsapparat anses for at være vidtrækkende, er anvendelsen af begreberne sket ud fra en udvælgelse foretaget af specialegruppen, på baggrund af centrale temaer, relateret til forældres oplevelse af informationsbehov, for at kunne foretage informeret beslutningstagning om vaccination af deres barn. Temaerne er fremkommet via problemanalysen, samt trin to og tre i analysen af empirien, og er som følgende: Kommunikation, tillid og risiko. Gruppen er hertil vidende om at den tyske professor i sociologi Ulrich Beck (1997) kunne have været anvendt til belysning af temaet risiko. Luhmann er imidlertid valgt fordi hans måde at sondre i forhold til risiko/farer (Luhmann 2003), svarer til måden, som det via empirien ses at forældrene sonderer. I denne sondring ligger, at der ikke findes nogen grundlæggende sikkerhed (Luhmann 2003). Luhmanns tillidsbegreb blev valgt frem for andre teoretikers tillidsbegreber, da det blev fundet mest anvendeligt idet han arbejder med tillidens funktion, som reduktion af social kompleksitet (Luhmann 1999), hvilket vurderes at konkretisere dets anvendelighed. Se endvidere afsnit 6.2 Diskussion af teori, for yderligere uddybning.

I det følgende vil Niklas Luhmanns begreber kommunikation, tillid og risiko blive beskrevet, ligesom måden de anvendes på i analyse og fortolkning af empiri, vil blive ekspliciteret.

5.2.1.1 Luhmanns kommunikationsbegreb

Luhmanns centrale grundbegreber omhandler: *sociale og psykiske systemer*, samt *kommunikation* (Kneer & Nassehi 1997, p.7), hvor Luhmann skelner mellem psykiske og sociale systemer, idet psykiske systemer opererer ved hjælp af bevidstheden og sociale systemer opererer via kommunikation (Luhmann 1999, p.14). Ifølge Luhmann skal kommunikationen anses som en meddelelsehandling, idet "*kommunikationen bliver tilskrevet en person som vedkommendes handling*" (Kneer & Nassehi 1997, p.92). Kommunikationen foregår i et socialt system, altså en overordnet ramme, hvori der minimum indgår to individer, hvor hvert individ kan ses som et psykisk system, der sammen kommunikerer og hvor den meddelende, meddeler noget information til en modtager (Luhmann 2000, p.181). I dette sociale system reduceres kommunikationen til en meddelelse, som dernæst kan resultere i en aktiv handling hos den enkelte med fokus på dennes interesser, intentioner og hensigter (Kneer & Nassehi 1997, p.93). For at kommunikation kan lykkes, forudsætter dette en tredelt udvælgelsesproces, kaldet *selektionsprocessen* der består af: *Information, meddelelsesform og forståelse*, samt en *syntese* af processens tre dele. Centralt for kommunikationen er, at den information der ønskes formidlet udvælges, efterfulgt af den ønskede meddelelsesform, det vil sige hvordan informationen meddeles og dernæst modtagerens aktuelle muligheder for forståelse af informationen (Kneer & Nassehi 1997, p.85).

Informationen udgør ifølge Luhmann en selektion i sig selv, hvor der vil altid gå noget tabt når der kommunikeres, fordi informationens betydning kan differentiere mellem afsender og modtager (Luhmann 2000, p.181). Meddelelsesform er den form, der vælges som informationen skal udsendes i, som eksempelvis kan være verbalt, nonverbalt eller skrift etc. Luhmann beskriver at *udbredelsesmedier* er en måde, der kommunikeres på i det moderne samfund, hvor det kan vælges hvordan information udsendes, enten via sprog, skrift, radio eller TV (Luhmann 2000). Den skriftlige information, herunder bogtryk er fremstillet ud fra en ensartet procedure, hvor denne ifølge Luhmann "*følger sine egne motiver*" (Luhmann 2000, p.204), hvilket betyder at den samlede sandsynlighed for at modtageren misforstår informationen øges ved den skriftlige kommunikationsform, idet meddeleren ikke kan opnå kontrol hos modtageren, om hvorvidt teksten er afkodet korrekt, og omvendt, hvorved det ikke kan sikres, at tekstens indhold er forstået efter hensigten. Den mundtlige tale udgør en kommunikation i et interaktionssystem, hvilket muliggør, at der opnås en forståelseskontrol i samtalen i form af en nærværende relation, hvorfor talen og meddelelsen kan kompensere for eventuel informationsmangel eller tvivl i situationen hvilket adskiller sig fra den skriftlige form, hvor forståelseskontrol ikke er mulig (Luhmann 2000, p.204).

Forståelse af den givne information kan begribes på forskellige måder hos modtageren. For at identificere hvordan og på hvilken måde, der er opnået forståelse, taler Luhmann om begrebet *tilslutningskommunikation* (Kneer & Nassehi 1997, p.89). Centralt for forståelsen er, at det er kommunikationen, der afgør i hvilken grad modtageren har opnået forståelse af informationen og om personen er gjort til *iagttager af anden orden*, hvor den modtagne information bliver reflekteret. I kommunikationen kan modtageren udtrykke sin forståelse ved eksempelvis et nik, som et udtryk for *forståelseselektionen*. Den meddelte information kan forstås på mange forskellige måder, men hvorvidt meddelelsen er forstået af modtageren som tiltænkt, vil først vise sig i selve kommunikationen via en *forståelseskontrol* (Kneer & Nassehi 1997), hvilket vil sige, at modtageren kan gengive det, der er forstået.

Luhmann beskriver, for uden de tre ovenstående selektionsprocesser, en fjerde selektion, som han benævner "*præmis for egen adfærd*" (Luhmann 2000, p.200). I denne fjerde selektion beskriver han, at kommunikationen kun har opnået sit formål når modtageren af informationen overtager disse informationer som en præmis for egen adfærd, hvilket kun er muligt, hvis modtageren har opnået en forståelse af kommunikationen og derved vælger at handle i overensstemmelse hermed (Luhmann 2000).

5.2.1.2 Luhmanns tillidsbegreb

Kort skitseret er et centralt element i Luhmanns tillidsbegreb, at tillid ses som et redskab til at reducere social kompleksitet (Luhmann 1999). Mistillid derimod har den modsatte effekt; idet den øger den sociale kompleksitet. Hvis der gentagne gange er et misforhold i relationen omkring det gjorte og det forventede, kan dette resultere i mistillid. Forøgelsen af kompleksiteten indebærer, at det enkelte system skal bruge ressourcer på at sikre sig mod eller bekymre sig om at blive skuffet i forhold til den forventede handling. Den anden part i relationen kan være et andet menneske, og dermed ifølge Luhmann (1999) et psykisk system, eller det kan være et system, eksempelvis i form af en organisation, som det psykiske system har en relation til (Luhmann 1999). Luhmann (1999) skelner mellem personlig tillid, altså tillid til personer og system tillid, det vil sige tillid til systemer (Luhmann 1999), hvor ovenstående sondring mellem tillid og mistillid er gældende for begge kategorier.

5.2.1.2.1 Den personlige tillid

Ifølge Luhmann (1999) kan tillid anses som en ydelse, der bliver givet på forhånd på et usikkert grundlag (Luhmann 1999, p.59). I denne ydelse ligger en forventning om, at den andens adfærd og handlen er i overensstemmelse med det aftalte eller forventelige. Tilliden reducerer kompleksiteten i den forstand, at den andens adfærd tillægges nogle forventninger, som derved reducere graden af usikkerhed, ved den uforudsigelighed, der ligger i den andens handlen. Denne uforudsigelighed kommer fra den andens frihed til at handle, som indebærer at den anden altid kan vælge at handle anderledes end forventet. En effekt af

tillid er, at individet derved ikke behøver at bekymre sig om, hvorvidt den anden handler som aftalt, da tilliden modvirker denne bekymring og brug af ressourcer herpå. I den personlige tillid bliver individets fremstilling af sig selv i relationen med den anden afgørende for opnåelse af tillid. Selvfremstillingen hviler på en fremvisning af at kunne tage hånd om den andens forventninger, hvilket indebærer en præsentation af sig selv, som den man er, og en fremvisning af oprigtig interesse for at blive vist tillid (Luhmann 1999).

5.2.1.2.2 Systemtillid

Tillid til systemer i samfundet kan ifølge Luhmann (1999) både være et resultat af personlig tillid til de personer, som handler inden for de forskellige systemer, jævnfør ovenstående om personlig tillid, men samtidig bestå af tillid, som er knyttet til de generaliserede kommunikationsmedier, som tilhører de forskellige delsystemer (Luhmann 1999). I det moderne samfund er forskellige opgaver differentieret ud i forskellige funktionssystemer. Tillid til de forskellige funktionssystemer bygger på tillid til de generaliserede kommunikationsmedier, som systemerne ser verden igennem. Dette kan for eksempel inden for forskning være tillid til sandhed, hvor koden er sandt/ikke sandt. Dermed opbygger man sin tillid til sandhed via den enkeltes erfaringer med, at der findes eksperter og forskere med særlig viden om at bearbejde information inden for forskellige områder, f.eks. lægevidenskaben (Luhmann 1999). Dermed vælger man at tro på sandheden i den information, som disse eksperter og forskere har skabt, men løber dermed risikoen for, at informationen i virkeligheden ikke er sand (Luhmann 1999). Inden for sundhedssystemet, som vaccination tilhører, ses verden gennem kommunikationsmediet sygdom, hvor koden er rask/syg. Tilliden til de enkelte kommunikationsmedier og dermed funktionssystemerne, bygger på at den enkelte har en mulighed for at kunne kræve dokumentation for at det, der for eksempel fremføres som sand viden også er sandt og det, der fremføres som sygdom også er sygdom og så videre. En kontrolmulighed, der i de fleste tilfælde, reelt ikke bliver benyttet i praksis, bl.a. fordi dette ville kræve en specialviden, som kun få besidder (Luhmann 1999).

5.2.1.3 Luhmanns risikobegreb

Centralt for Luhmanns risikobegreb er en sondring mellem risiko og fare, hvor individer altid vil være i risiko, hvorimod det at komme i fare ønskes undgået. Ifølge Luhmann er sikkerhed et begreb uden substans, altså et tomt begreb, idet der aldrig findes en sikkerhed for fremtidige ulemper ikke-forekomst hvilket vil sige, at sikkerhed ikke kan garanteres (Luhmann 2003). Derfor kritiserer Luhmann antagelsen om, at verden kan anskues i et lys af sikkerhed/risiko, som han påpeger, er en ofte anvendt måde, hvorpå risiko iagttages i det moderne samfund (Kneer & Nassehi 1997). Risikobegrebet nævnes for det meste i den sammenhæng, hvor der tales om at acceptere en mulig skade for opnåelse af en bestemt fordel, ligesom begrebet om risiko henviser til en fremtid, der endnu er uvis (Kneer & Nassehi 1997; Luhmann 2003). Ifølge Luhmann vil fremtiden altid være usikker, idet den ikke ligger fast og således altid kan forme sig anderledes

end forventet. Et valg er altid forbundet med kontingens, hvilket vil sige, at det kunne have været foretaget anderledes. En beslutning, der skal træffes må være sikker, ud fra den betragtning, at det må være tilstrækkeligt afklaret, at det er et valg, der bliver truffet og hvad dette valg helt konkret går ud på (Luhmann 2003). Beslutninger relateret til risiko bliver truffet på baggrund af beregninger af sandsynligheder. Sandsynlighedsberegningerne anvendes i denne forbindelse som middel til at transformere usikkerhed til sikkerhed i mangel på bedre alternativer. Sandsynlighedsberegningerne ændrer dog ikke på, at det altid vil være risikabelt at tage en beslutning (Luhmann 2003). Luhmann (2003) bemærker at beregninger af risiko foretages af det enkelte individ, og dermed også foregår efter individuelle præferencer (Luhmann 2003). Beslutninger fremstår først som risici når et individ, der skal tage en beslutning skelner mellem ønskede og ikke ønskede konsekvenser af en given handling. Derved sker der en refleksion og beslutningstageren bliver til en iagttager af anden orden, hvilket vil sige at beslutningstageren iagttager sin egen beslutning og kun da, kan der tales om en egentlig risikobevisthed (Kneer & Nassehi 1997).

5.2.1.4 Anvendelse af Luhmanns begreber

I analyse af empiri blev Luhmanns begreber om kommunikation, tillid samt risiko anvendt i analyseprocessens fjerde trin. Begrebet kommunikation blev anvendt til at få en mere dybdegående forståelse og fortolkning af forældres beskrivelser af måden hvorpå der er blevet kommunikeret med dem om børnevaccinationer, samt til at opnå en forståelse af, hvorvidt der var overensstemmelse mellem deres ønsker og behov for kommunikation og myndighedernes måde at kommunikere på. Begreberne personlig tillid og system tillid blev anvendt til at få en mere dybdegående forståelse og fortolkning af forældres oplevelse af tillid til personer og til systemerne, i forbindelse med beslutningstagning om vaccination af deres barn. Endvidere blev det anvendt til at opnå en forståelse af, tillidens betydning i den konkrete kontekst relateret til forældrenes oplevelse af børnevaccinationsprogrammets informationsgrundlag. Sondringen risiko/farer i Luhmanns risikobegreb kan ifølge Luhmann (2003) anvendes til vurdering af alle slags ulemper (Luhmann 2003). Luhmanns risiko begrebet blev derfor anvendt til analysen af empirien for at få en mere dybdegående forståelse og fortolkning af forældres oplevelse af risiko, og hvilken betydning informationsgrundlaget har for dette. Ved anvendelse af de ovennævnte begreber blev det muligt at indhente viden om forældrenes ønsker og behov til brug ved forandring af informationsgrundlaget for børnevaccinationsprogrammet.

5.2.2 Thomas Breck- Risikokommunikation

Den danske kommunikationsrådgiver Thomas Brecks (2001) tre idealtyper af risikokommunikation er valgt til brug i analyse og fortolkning af empiri, til at supplere og konkretisere Luhmanns teori om kommunikation og risiko (Luhmann 2003), da Breck i kraft af sine tre idealtyper af risikokommunikation (Breck 2001) vurderes at være mere konkret end Luhmann. Som tidligere nævnt, fremgik det både af problemanalysen og af trin to til tre i analysen af empirien, at kommunikation og risiko er centrale begreber i forbindelse med at skulle tage et valg om at få sit barn vaccineret.

Thomas Breck (2001) definerer risikokommunikation som *"dialogen om det usikre"* (Breck 2001, p.16) og ser risikokommunikation som al slags kommunikation, der omhandler risiko og foregår mellem eksperter, offentlige myndigheder, befolkningen samt eventuelle andre aktører. Han beskriver forskellige videnskabelige måder at opfatte risikobegrebet på, ligesom han præsenterer, hvorledes de forskellige opfattelser af risikobegrebet har betydning for forståelser af, hvad god risikokommunikation er, med det formål at inspirere til og fremme en saglig og åben samfundsdialog om det usikre, således at dialogen kan foregå på demokratisk vis (Breck 2001). Begrebet risikokommunikation udspringer af, at der i samfundet i dag er et stigende fokus på risici som samfundet, eller den enkelte borger skal forholde sig til (Breck 2001).

Breck (2001) fremlægger tre forskellige idealer for risikokommunikation, som hver især har sammenhæng med en specifik videnskabelig opfattelse af risiko. De tre idealer om risikokommunikation skal ifølge Breck (2001) ikke ses som gensidigt udelukkende, ligesom ingen af de tre skal ses som værende bedre end de andre. Valg af strategi for risikokommunikation afhænger derimod af hvad der er bedst egnet i forhold til budskabet og den konkrete situation (Breck 2001).

De 3 idealer fremstilles som følgende:

- 1) *Idealet om korrekt information*: Som bygger på et klassisk rationelt oplysningsideal, hvor eksperternes opgave er at informere befolkningen om farer og muligheder for at undgå disse. Dermed er formidling af tal og beskrivelser af sandsynlighed og konsekvenser i fokus, således at disse når direkte til modtageren uden forstyrrelser (Breck 2001). Formålet er således via undervisning at få befolkningen til at forstå og acceptere måden eksperterne vurderer risiko på. Idealet bygger på en objektivistisk videnskabelig opfattelse af risiko (Breck 2001). Et eksempel på denne type kommunikation kan være når Statens Serum institut (2011) informerer om faldende procentvis MFR 1 og 2 tilslutning for fødselsårgangen 2005-2008 og relaterer dette til et stort udbrud af mæslinger i Danmark fra starten af 2011 (Statens Serum Institut 2011).
- 2) *Effektiv og målrettet kommunikation*: Her benyttes kommunikation, som målrettes modtageren, således at der tages højde for forskellige forudsætninger og oplevelser af risici hos denne. Dermed

benyttes virkemidler bevidst for at nå målgruppen og overbevise denne om, hvad de bør frygte og ikke frygte. Dette ideal er inspireret af reklameverdenen, hvorfra sprog og virkemidler hentes. Formålet med dette ideal er, via bevidst påvirkning, at få mennesker til at ændre deres meninger og handlinger. Dette ideal bygger på en subjektivistisk videnskabelig opfattelse af risiko (Breck 2001). Et eksempel på dette kan være hvis informationsmateriale om for eksempel børnevaccination udarbejdes bevidst med det formål at påvirke forældrene i en bestemt retning, og der bevidst benyttes sprog eller virkemidler i materialet til at påvirke forældrene, for eksempel billeder af syge børn.

- 3) *Dialog- og netværkskommunikation*: Midlet i dette ideal er dialog og kommunikation i netværk, hvorved der kan skabes grupper af personer, som på et afgrænset område, kan vinde tillid til hinanden og således dele risikoopfattelser. Dermed er primærproduktet ikke i så høj grad at overlevere information, men derimod at der i processen skabes sociale relationer af høj kvalitet, i form af gensidig tillid og respekt (Breck 2001). Det pædagogiske formål med dette ideal er at skabe en social læreproces, for herved at løse risikokonflikter. I dette ideal accepteres, at lægpersoner kan besidde værdifuld viden og erfaring (Breck 2001). Dette ideal bygger på en konstruktivistisk videnskabelig opfattelse af risiko (Breck 2001). Et eksempel på dette kan være en gruppe af forældre, som mødes for at drøfte et emne som børnevaccination, hvorved gode og tillidsfulde relationer i gruppen samt accept af lægfolks viden, kan mindske konflikter relateret til eventuelle forskellige opfattelser af risici.

5.2.2.1 Anvendelse af Thomas Brecks tre idealtyper af risikokommunikation

I analyse af empiri blev de tre idealtyper: *idealet om korrekt information, effektiv og målrettet kommunikation* samt *dialog- og netværkskommunikation* (Breck 2001), anvendt i analyseprocessens fjerde trin, for at få en mere dybdegående forståelse og fortolkning af forældrenes beskrivelse af den kommunikation, de har modtaget i forbindelse med at skulle tage et valg om vaccination af deres barn, samt forståelse af hvorvidt der var overensstemmelse mellem deres ønsker og behov for kommunikation og myndighedernes måde at kommunikere på. Derved blev det muligt at opnå viden til brug ved forandring af informationsgrundlaget for børnevaccinationsprogrammet.

5.2.3 Sherry R. Arnstein - Deltagerstigen

Brugerinddragelsesbegrebet i det danske sundhedssystem henfører til patienternes retstilling og handler om en forandring i opfattelse af, hvorledes fordelingen mellem magt og ansvar i relationen skal foregå. Yderligere fokuserer brugerinddragelse ligeledes på forbedret informationsgivning (Jønsson et al. 2015). Med afsæt i specialets valg af brugerperspektivet, findes teorien af den amerikanske socialarbejder Sherry R. Arnstein derved relevant.

Arnstein opstillede i 1969 en teoretisk model, den såkaldte "deltagerstige", som en illustration af otte differentierede niveauer af borgerinddragelse (Jønsson et al. 2015). Deltagerstigen inddrages i otte trin og dernæst i henholdsvis tre overordnede niveauer: "Nonparticipation" (ingen inddragelse), "Degrees of tokenism" (middelniveau af inddragelse) og "Degrees of citizen power" (højt niveau af inddragelse) (Arnstein 1989). Stigen er illustreret i nedenstående figur 3.

Trin niveau	Brugerinddragelses trin	Borgerinddragelsesniveau
8	"Citizen control"	Højt niveau af inddragelse
7	"Delegated power"	
6	"Partnership"	
5	"Placation"	Middel niveau af inddragelse
4	"Consultation"	
3	"Informing"	
2	"Therapy"	Lavt niveau af inddragelse
1	"Manipulation"	

Figur 3. Illustration af deltagerstigen. Udarbejdet med inspiration fra Sherry Arnsteins deltagerstige. (Arnstein 1989)

Stigens to nederste trin "Manipulation" og "Therapy" illustrerer et niveau af borgerinddragelse, hvor borgeren ikke inddrages i beslutningstagningen. Dette inddragelsesniveau har til formål at overtale, overbevise eller styre borgere til at udøve en adfærd der er defineret af de eksisterende magthavere (Jønsson et al. 2015; Arnstein 1989).

De midterste trin i deltagerstigen trin 3 "Informing", trin 4 "Consultation" samt trin 5 "Placation" illustrerer et niveau af borgerinddragelse hvor borgeren inddrages og høres, uanset tilhørsforhold af socialgruppe. Heri vil de magthavende på den ene side udvise lytning til disse borgere, men hvor der på den anden side ikke nødvendigvis er forsikring om, at disse får reel magt og medindflydelse på den praksis, som inddragelsen omhandler (Jønsson et al. 2015; Arnstein 1989).

Det øverste niveau hvori trin 6 "Partnership", trin 7 "Delegated Power", samt trin 8 "Citizen Control" indgår, indikerer at dette niveau er et højt niveau af borgerinddragelse og dermed beslutningstagning. Borgerne kan i dette niveau i samråd med den magthavende indgå i et samspil, hvori beslutningstagningen indebærer afvejning af fordele og ulemper hvorved en borgerorienteret styring opnås (Jønsson et al. 2015; Arnstein 1989).

5.2.3.1 Anvendelse af Sherry R. Arnsteins deltagerstige

I analyse af empiri er deltagerstigen anvendt for gennem analyseprocessens fjerde trin, for at identificere forældrenes oplevelse af, ønsker om og behov for brugerinddragelse i relation til børnevaccinationsprogrammets informationsgrundlag. Derved blev det muligt at opnå viden til brug ved forandring af informationsgrundlaget for børnevaccinationsprogrammet.

5.3 Empirisk analyse



5.3.1 Præsentation af forældre

I nærværende kandidatspeciale har syv forældre medvirket til deltagelse i interview med deres fortællinger om oplevelser og erfaringer. Forældrenes køn fordelte sig på seks kvinder og en mand, i alderen 24 til 40 år. Deres uddannelsesniveau fordelte sig som følgende: en forælder med erhvervsuddannelse, to med mellemlang videregående uddannelse og endeligt fire med lang videregående uddannelse. Fælles for alle forældrene var, at de var førstegangsførelse med børn i alderen fire til ti uger, hvor ligeledes begge køn var repræsenteret. Gennemgående udtrykte alle forældrene at de inden interviewet var afklaret med deres beslutning vedrørende børnevaccinationsprogrammet.

5.3.2 Forældres informationsbehov – *”Man er fuldstændig fremmede”*

I interviewundersøgelsen sås en tendens blandt forældrene, til at mødet med sundhedsprofessionelle, som havde informeret om børnevaccinationsprogrammet var meget begrænset, hvilket medførte en uforudsigelighed i informationen om programmet. Det tyder derved på, at begrænset tilgængelig information skaber uforudsigelighed. Forældrene havde, som beskrevet i ovenstående, børn i alderen fire til ti uger, hvorfor deres muligheder for kontakt med repræsentanter for sundhedsvæsenet var forskellige. Forælder J udtrykte sin refleksion om informationsgivning således: *”Så jeg sidder sådan lidt og tænker; hvem er det der fortæller mig det og hvornår? Også hvis man kan træffe et valg ikke, så er det da snart ved at være der, hvor man skal have noget besked.”* Citatet udtrykker en generel tendens i interviewene; at det var uklart hvor, hvornår og af hvem de kunne forvente at modtage informationer om vaccinationerne, hvorfor viden om dette blev efterspurgt. Der ses i denne forbindelse en tendens til et ønske om information, selvom alle på forhånd gav udtryk for at være afklaret med deres beslutning. Dette synes at vidne om, at der fortsat kan være et behov for information om børnevaccination, selvom forældre har truffet et valg.

I forhold til forældrenes informationsbehov, fremkom der i interviewene på den ene side et perspektiv om, et ønske om mulighed for mere dybdegående information og anvisninger til hvor denne viden kunne opsøges, som et supplement. På den anden side, fremhævede nogle forældre en tvivl om hvorvidt denne viden ville blive indhentet, hvis det var noget de selv aktivt skulle handle på. Dette perspektiv styrkes af, at ingen af forældrene selv aktivt havde søgt information om børnevaccinationerne. Derved kan det fremanalyseres, at når forældre aktivt selv skal være opsøgende, kan dette udgøre en barriere for opnåelse af information, hvormed dette aspekt synes relevant at tage højde for i et forandringsstige. Behovet for information inden endelig stillingtagen, blev udtrykt således af forælder F: *”En ting er at vænne sig til at være forældre, men også; nå ja der kommer også noget her senere. Uden at det lige er når man står ved lægen at man skal sige ja eller nej.”* Herved kan det fremanalyseres, at informationen med fordel kan ligge inden den endelige stillingtagen, da dette vil give forældre mulighed for forberedelse.

Yderligere kan det fremanalyseres, at det giver forældre bedre mulighed for at træffe et informeret valg hvis informationen gives inden valget endeligt skal tages. Eksempelvis foreslog forælder M, der har været til femugers undersøgelse med sit barn:

”Det må da godt være allerede der ved femugers undersøgelsen at man sådan lige tager en snak med forældrene om det når man sidder inde ved læge alligevel. ”Har I egentlig tænkt over om I vil have jeres barn vaccineret og hvad har I af tanker omkring det? og sådan nogle ting.”

Generelt gav forældrene udtryk for, at de ikke endnu havde indgået i en dialog med en sundhedsprofessionel om emnet. Dette vil i Luhmanns optik betyde, at der ikke gennem det sociale system er forekommet kommunikation mellem to systemer (Kneer & Nassehi 1997), altså mellem forældrenes og den sundhedsprofessionelles psykiske systemer. Det tyder derfor på, at nogle forældre ikke får information om børnevaccination, og dermed ikke får mulighed for at kommunikere med en sundhedsprofessionel om dette, inden de står i den endelige beslutningstagning når barnet er tre måneder. En analytisk sondring ud fra Luhmanns kommunikationsproces (2000), hvor det fjerde trin i processen indikerer i hvilken grad informationen er gjort til *præmis for egen adfærd* (Luhmann 2000), kan i relation til ovenstående forandringsforslag om tidlig information og kommunikation resultere i, at forældre kan opnå en refleksivitet. Den omtalte refleksion, er derved gennemgående vigtig for alle forældre inden den endelige stillingtagen ved den praktiserende læge når barnet er tre måneder.

Når nogle forældre aktuelt ikke oplever, at modtage information før konsultationen ved egen læge når barnet er tre måneder, kan det ses som et ikke-eksisterende grundlag for beslutningstagning, hvor det må formodes at forældre kan besidde et stort informationsbehov i mødet med sundhedsvæsenet. Ved at sammenholde dette yderligere med Luhmanns begrebsapparat (1997), forudsætter iagttagelse af anden orden en vis form for refleksivitet således at en risikobevindsthed opnås (Kneer & Nassehi 1997). Derved kan det analyseres frem, at forældre har behov for information gennem kommunikation, for at de har mulighed for at blive iagttagere af anden orden og dermed forholde sig refleksivt til informationen og opnå en risikobevindsthed, således at forudsætninger for at træffe et informeret valg, inden barnet tre måneder opnås. I det øjeblik forældre får viden om de potentielle risici, der kan være i forbindelse med børnevaccination eller undladelse heraf, kan forældrene som beslutningstagere, iagttage egen beslutning og derved opnå en risikobevindsthed, der resulterer i at valget træffes ud fra informationen, som gøres til *præmis for egen adfærd*. Samlet set tyder det på, at forældrene mangler forudsætninger for at opnå denne risikobevindsthed, som grundlag for deres valg i kraft af, deres oplevelser af at information er sparsom.

Idet forældrene manglede en forudsigelighed i informationsgivning og derved også i inddragelsen i beslutningen, kan det tolkes til at være et udtryk for manglende inddragelse. Ud fra Arnsteins *deltagerstige* (1989), kan det dermed ses som et udtryk for et *lavt til middel inddragelsesniveau* (Arnstein 1989). Ved at sammenholde formålet om en brugerorienteret tilgang og Sundhedslovens opsatte rammer for informeret samtykke, synes dette sammenholdt med forældres ønske og efterspørgsel af forudsigelighed og et niveau af *høj inddragelse*, ikke at stemme overens med den praksis og virkelighed, der blev oplevet. For at forældrene opnår et højere inddragelsesniveau, kan et forandringsperspektiv derved ses ved at forældre opnår en forudsigelighed via informationen. For at have et grundlag for beslutningstagningen, anses

forældres ønske om information som essentielt. Barselsgangen nævnes som et sted, hvor emnet vaccination af nogle af forældrene blev oplevet præsenteret. Blandt forældrene fandtes forskellige perspektiver på, om dette var et velvalgt tidspunkt, at modtage informationen. Det tyder dermed på, at der blandt forældre er forskellige perspektiver på, hvornår vaccinationsinformation findes relevant. For at imødekomme behovet for tidlig information og ønsket om inddragelse, foreslog flere forældre, at information kunne introduceres ved den undersøgelse, kvinder tilbydes otte uger efter fødslen. Argumentet herfor var, at dette blev anset som en oplagt mulighed for at få talt om vaccination, inden barnet tilbydes første vaccination i tre-måneders alderen. Det blev generelt fundet relevant at information om børnevaccinerne lå ved fem-ugers undersøgelsen af barnet, for opnåelse af forudsigelighed og refleksivitet. Dette begrundes ud fra perspektiver om, at hvis informationen ligger før denne undersøgelse, er der mange andre emner der fylder for førstegangsførelse, så som amning og barnets søvn, hvorfor det kan være svært at håndtere informationer om emnet, der ligger længere ude i fremtiden.

Forælder P udtrykker: *"Man er fuldstændig fremmede, man er fuldstændig blank så der er bare så mange ting at tænke på, så vaccinationer kan man godt lige vente til de er en måneds tid gammel og det ligesom bliver listet ind."* Der sås forskelligheder blandt de forældre, der havde været til fem-ugers undersøgelse, når det kom til oplevelser af, at modtage informationer om børnevaccinationsprogrammet. Et svagt mønster kommer til udtryk; de fleste havde ikke modtaget information om vaccination inden eller ved dette møde med sundhedsvæsenet. Dette kan understøtte tendensen om, at forældrenes udtrykte behov for tidlig information, ikke blev opfyldt. Sammenholdt med ovenstående tyder det på, at flere forældre ønsker tid til at reflektere inden de står i det konkrete valg. Herudfra kan det fremanalyseres, at ønsker og behov ikke stemmer overens med oplevelser og erfaringer med information om vaccination.

Opsummerende ses der følgende gennemgående mønster; forældre oplevede begrænset tilgængelig information om hvor, hvornår og af hvem de kunne forvente information, hvilket skabte uforudsigelighed i forhold til børnevaccinationsprogrammet. Med afsæt i dette, ses et lavt inddragelsesniveau relateret til informationsgivning og herunder inddragelse i valget om børnevacciner. Det er herved fremanalysert, at forældre har behov for information inden første vaccination i tremåneders alderen således, at de har øget mulighed for at opnå en risikobevisthed, der kan danne grundlag for beslutningen vedrørende vaccination af deres barn. Dette indikerer, at der er behov for et forandringselement, der kan medføre en øget forudsigelighed og derved et højere inddragelsesniveau.

5.3.3 Mundtlig og skriftlig information; supplement til hinanden

Der blev gennemgående givet udtryk for et behov for en kombination af mundtlig og skriftlig information om vaccinerne. Dette behov kan ses ud fra at skriftlig information kan være et redskab der kan gøre den enkelte forælder i stand til, via forhåndsviden, at stille kvalificerede spørgsmål og som en medvirkende faktor til, at tvivl om den enkelte børnevaccine kan afklares ved denne mundtlige dialog med en sundhedsprofessionel. J beskrev det således:

”Altså et eller andet sted så kunne det da være fint nok at få noget på skrift og lige forberede sig på og så få det mundtlige når man kom ned til lægen. For så kunne man bedre forberede sig og stille spørgsmål hvis man er usikker på noget, i stedet for at man først får det når man kommer derned og så bare mundtligt, så kan det være at man ikke får tænkt sig så godt om, så er det først når man kommer ud at man skulle havde spurgt lægen. Så man kan forberede sig lidt på det.”

Set ud fra Luhmanns perspektiv på skriftlig kommunikation (2000), kan det ikke afklares hvorvidt der er opnået en forståelse, hvis besked om forståelse hos modtageren ikke kan sendes retur og modtages af afsenderen, som herved kan foretage en forståelseskontrol (Luhmann 2000). Herved kan det fremanalyseres, at konsekvensen af skriftlig information som eneste informationskilde, kan være at forældrene tolker informationen på en anden måde end det, der var intentionen fra afsenderen, hvor en potentiel misforståelse ikke kan blive korrigeret. Ved den mundtlige information, hvor der i det sociale system, som kommunikationen foregår i, indgår to eller flere psykiske systemer, er det derimod muligt for afsenderen at foretage en forståelseskontrol og opfange, om modtageren via tilslutningskommunikation giver udtryk for at have forstået meddelelsen, ligesom modtageren af informationen har mulighed for at stille afklarende spørgsmål ved manglende forståelse (Kneer & Nassehi 1997; Luhmann 2000). Derved bliver kombinationen af mundtlig og skriftlig information væsentlig, idet forældrene, som tidligere fremanalyseret, ved at få tidlig information har mulighed for at blive iagttagere af anden orden og herved mulighed for at opnå en risikobevisthed, som grundlag for deres valg. Her vurderes det, at skriftligt materiale som forberedelse til beslutningen, også kan bidrage til en risikobevisthed, hvor den mundtlige information kan afklarere tvivl og formindske risiko for misforståelse.

Forældrene udtrykte generelt en tillid til den information de havde fået, eller forventede at få af deres læge eller sundhedsplejerske, herunder forventninger om, at sundhedsprofessionelle i kraft af deres uddannelse, var rustet til at informere. Bl.a. forklarede forælder C om betydningen af tillid til informationen fra praktiserende læge eller sundhedsplejersken:

”Jamen den betyder rigtig meget og det er også derfor jeg tænker at det er vigtigt at det er noget sundhedsfagligt personale, fordi det som regel vil skabe en naturlig tillid til at man får nogle medicinske oplysninger. Jeg vil ikke have lige så meget tillid til hvis det var min nabo eller en anden der kom og sagde at det er godt og det er skidt. (...).”

Dette illustrerer, at forældrene generelt oplevede tillid til sundhedspersonalets evne til at informere om sundhed og medicinsk viden. Ved at analysere med Luhmanns begreber om systemtillid og personlig tillid, som begge kan reducere den sociale kompleksitet (Luhmann 1999), kan det fremanalyseres, at dette kan bevirke at forældre ikke besidder en bekymring, i takt med at personlig tillid og system tillid har betydning for beslutningstagningen. Dette ekspliciteres i at det fremgår, at tillid naturligt opstår når der modtages medicinsk viden, hvilket kan være et udtryk for tillid til sundhedssystemet og her systemtillid. Ved at forældrene udtrykte tillid til sundhedspersonalets information, kan kompleksiteten i at skulle tage et valg om sundhed og dermed børnevaccination, dermed reduceres. Samtidig fremgik det ligeledes at de personlige relationer til sundhedsplejersken og lægen var meget betydningsfulde og afgørende for at have tillid til den sundhedsfaglige viden der blev formidlet. Forælder F ekspliciterede det således:

”Jamen det synes jeg har stor betydning, fordi der har man også et godt forhold til sin læge eller sundhedsplejerske eller de ting, jamen så føler man også at man får noget viden som den fagperson har. Fordi vi er ikke eksperter i alle områder alle mennesker, så tilliden har bestemt stor indflydelse. (...)”

Selvom forældrene udtrykte tillid til lægen som faglig autorit, fremhævede flere relationen til sundhedsplejersken som værende den, hvor de oplevede størst personlig tillid. Dette kan være en konsekvens af, at de oftere så sundhedsplejersken i eget hjem og derved havde et mere nært forhold til hende end lægen, som de kun sjældent besøgte.

Derved kan det tolkes, at tiden der tilbringes med de sundhedsprofessionelle er en faktor i opbygningen af en tillidsfuld relation, ligesom stedet for mødet kan antages at være mere trygt, når det er i forældrenes eget hjem, som en medspillende faktor i oplevelsen af den personlige tillid. Desuden sås en tendens til, at tillid til sundhedsplejersken blev styrket i kraft af, at hun udøvede aktiv lytning og forældrene følte sig set og hørt. Et eksempel på en forventning til kommunikationen med sundhedsplejersken var, at informationen fremlagdes som et valg, der skulle tages stilling til og ikke som forælder P udtrykker det: *”jeg synes det er en god ide at du vælger vaccinationer eller det er en lorteide”*. Relateret til Luhmanns teori om personlig tillid, hvor tillid bygger på en opfyldning af forventninger, for at nedsætte den sociale kompleksitet og derved reducere bekymringer (Luhmann 1999), tyder det på at forældrenes forventning om at blive lyttet til af sundhedsplejersken blev opfyldt. Dette resulterede dermed i tillid til sundhedsplejersken og en deraf følgende reduceret kompleksitet, i modsætning til hvis forventningen ikke var blevet opfyldt, og dermed havde resulteret i mistillid og øget kompleksitet. Forælder M udtrykte det på følgende måde: *” (...) jeg har mere tillid til folk, der gider sidde og lytte til mig, ligeså vel som at jeg gider lytte til dem. Det bringer mig tillid... ”* Dermed tyder det på, at tid og sted er med til at reducere kompleksiteten i relationen og dermed fritage forældrene for bekymringer over at deres forventninger ikke bliver opfyldt.

Yderligere kommer Luhmanns kommunikationsbegreb i spil (1997), da en kommunikation, hvor den enkelte forælder både bliver lyttet til af sundhedsplejersken og lytter til hende, kan ses som en kommunikation, der foregår i et socialt system mellem forælderens og sundhedsplejerskens *psykiske systemer*. Hermed kan det fremanalyseres, at kommunikation med sundhedsplejersken både indeholder *information, meddelelsesform og forståelse* og at forældrene har mulighed for at kontrollere om information de har sendt til sundhedsplejersken er forstået, ved at foretage *forståelseskontrol*, og at sundhedsplejersken omvendt kan kontrollere om forælderen har forstået den afsendte information (Kneer & Nassehi 1997). Derved anses tid, sted og mulighed for forståelseskontrol som betydningsfuld for den personlige tillid. Flere forældre fremhævede sundhedsplejersken som en person, de ville have tillid til, ved drøftelsen af emnet vaccination.

Opsummerende fremgår skriftligt materiale, som forberedelse til forældres beslutningstagning, kan bidrage til en risikobevindsthed. Der fremanalyseres et yderligere behov for at kombinere skriftlig kommunikation med mundtlig, idet den mundtlige vil kunne bidrage med mulighed for at imødekomme tvivlsspørgsmål og reducere risikoen misforståelser. Ydermere fremgår både tid til og sted for relationen, samt mulighed for at foretage forståelseskontrol som betydningsfuld for opnåelse en personlig tillid.

5.3.4 At opveje fordele og ulemper

Af empirien fremkom der et betydeligt fokus på bivirkninger der kunne sættes i relation til børnevaccinerne. Dette også gældende ved gennemlæsning af Sundhedsstyrelsens pjece. Yderligere fremgik det at fordele og ulemper ved at få vaccinationerne, blev vurderet ud fra fordele ved at undgå børnesygdommene sammenholdt med eventuelle risici ved vaccinerne. Dette kan sættes i forhold til Brecks ideal, *Idealet om korrekt information* hvor formidling af tal, sandsynligheder og konsekvenser er i fokus (Breck 2001). Det kan derved tolkes at elementer af dette ideal efterspørges som grundlag for vaccinationsvalget. Når forældrene talte om bivirkninger var det ikke utilpashed, såsom feber i umiddelbar forbindelse med vaccinationen flertallet bekymrede sig om, men som forælder C udtrykte det: *"Så det er de bivirkninger på lang sigt som jeg koncentrerer mig om."* Mens F fremførte, at fokus på den ene side ikke skulle være at *"male fanden på væggen"*, mens det på den anden side var ønskværdigt at der blev givet en realistisk og troværdig information. Yderligere fremkom at det var vigtigt for tilliden til Sundhedsstyrelsen, at forældrene ikke fik en følelse af, at noget viden ikke kom frem, for eksempel i forhold til bivirkninger, hvilket her ud fra en tolkning af Luhmanns (1999) tillidsbegreb vil øge den sociale kompleksitet og derved øge kompleksiteten for forældrene i deres valg. Selvom enkelte bivirkninger blev opfattet som harmløse, fremkom der en forventning om, at modtage information om alle bivirkninger, specielt i forhold til HPV-vaccinen pga. medieomtalen heraf, hvilket bevirkede en efterspørgsel af mere uddybende information fra

sundhedssystemet. Manglende tilgængelig information fra myndighederne om vacciners bivirkninger, resulterede derfor i en usikkerhed. I en analyse med Luhmanns teori om tillid (1999), er det dermed igen et spørgsmål om at forældre som bestående af hvert deres psykiske system, ved at en forventet handling fra systemet udebliver, altså fra Sundhedsstyrelsen, mister tillid til dette system, hvorved kompleksiteten øges (Luhmann 1999), i dette tilfælde kompleksiteten i forhold til at skulle tage et valg om HPV-vaccinen, selvom dette valg ligger længere ude i fremtiden. Det vil dermed sige, at oplevelse eller mistanke om skjulte oplysninger øger kompleksiteten, og derved bekymringer for forældrene i beslutningstagningen. Derved findes det i et forandringssigte fordelagtigt at have i mente, at oplysninger om børnevacciner åbent forelægges forældre, som står overfor at skulle træffe et valg.

Der fremkom samtidig en bevidsthed om, at der blev løbet en risiko for at udsætte barnet for farer, uanset til eller fravalg af vaccination. Dette kan sættes i relation til Luhmanns (1997) teori om begrebet risiko. Her er modsætningen til risiko ikke sikkerhed, idet sikkerhed ikke kan opnås, men derimod en sondring mellem risiko og farer, hvor risiko er det, der skal tilstræbes, da det er bedre kun at være i risiko end at være i fare (Kneer & Nassehi 1997). At forældrene var meget opmærksomme på at opveje eventuelle konsekvenser både af vacciner og børnesygdomme, kan ses som en bevidsthed om, at uanset hvilket valg der tages, kan dette resultere i fremtidige utilsigtede konsekvenser. Derved kan det fremanalysers, at valget med fordel kan være på baggrund af en vurdering af tilgængelige informationer og derved mulighed for opnåelse af risikobevidsthed. Det kan ud fra ovenstående argumenteres, at forældrene derved synes at sondre ud fra begreberne risiko og fare. I tråd med dette, fremkom der et generelt ønske om at kende til størrelsen af sandsynligheden, for at deres barn ville blive udsat for farer, ved de to valgmuligheder, hvorfor der blev efterspurgt endnu flere tal og mere statistik om bivirkninger. I den forbindelse fremkom et perspektiv om at det var lettere at forholde sig til information om risiko når, der blev benyttet konkrete tal for eventuelle konsekvenser. Endvidere udtrykte forælder C sin oplevelse af risiko i forhold til HPV-vaccinen således: *"Ja når man så kun hører det negative så tænker jeg også: "jamen det er faktisk kun en ud af titusinder eller en ud af hundrede tusind som har bivirkninger af det, så man måske okay, så er risikoen ikke så stor. ""* Forældrene vurderes derfor bevidste om, at deres barn ville blive udsat for en risiko for fare, uanset tilvalg eller fravalg af vaccinerne. Et ønske om at kende til eventuelle risici, ud fra tal og statistikker opleves lettere og mere håndgribeligt at forholde sig til. Dermed kan det tolkes, at der efterspørges information om risici, som kan kommunikerer ved at benytte idealet om korrekt information (Breck 1999), idet dette bygger på information fra eksperterne, på baggrund af tal, som beskriver sandsynligheder og konsekvenser (Breck 2001). Det kan derfor konkluderes, at informationsbehovet bl.a. kan dækkes ved mere tilgængelig viden om virkning og bivirkning af de enkelte vacciner, samt risiko for eventuelle konsekvenser af de børnesygdomme som vaccinerne søger at forebygge.

Opsummerende fremgår det, at forældres vurdering af risiko sker ved en opvejning af fordele og ulemper ved henholdsvis børnesygdommene og vaccinerne. Der efterspørges yderligere viden i form af tal og statistikker for bivirkninger, for derved at få øget kendskab til størrelsen af de potentielle risici. Dette indikerer en efterspørgsel af information, der nuværende ikke til fulde opleves tilgængeligt fra sundhedssystemet. For at undgå en opståen af mistillid, kan det med fordel i et forandringsperspektiv medtænkes at kommunikation og information fra sundhedsmyndighederne, stemmer overens med de forventninger forældre har til denne.

5.3.5 Oplevelsen af pjecen – *”der er mange flere ting i det end bare lige den pjece”*.

I forbindelse med interviewene blev forældrene bedt om at forholde sig til Sundhedsstyrelsens 20 siders pjece: *”Børnevaccinationsprogrammet i Danmark”* (Sundhedsstyrelsen 2014). Heraf fremgik det, at en forælder havde fået udleveret pjecen ved egen læge i forbindelse med barnets femugers undersøgelse, en anden havde fået et link til pjecen ved udskrivelse fra barselsgangen, og først læst den i forbindelse med interviewet. De øvrige forældre var ikke bekendt med pjecens eksistens før de fik den tilsendt af specialegruppen. Det tyder umiddelbart på, at der ikke er nogen fast procedure for udlevering eller henvisning til pjecen. Forælder M, fortalte om sin oplevelse med at få udleveret pjecen: *”Så mere har jeg ikke modtaget og fået (...) og det synes jeg egentlig er en skam, for der er mange flere ting i det end bare lige den pjece”*. Selvom forælder M var et eksempel på én forælder der havde modtaget skriftligt materiale om børnevaccinationsprogrammet ved femugers undersøgelsen, blev dette ikke oplevet tilstrækkeligt til at dække informationsbehovet. Når forventninger og behov ikke stemmer overens med eksisterende praksis, kan dette ses som en uoverensstemmelse i niveauet af brugerinddragelse på Arnsteins *deltagerstige*. Sammenholdt med Luhmanns tillidsbegreb (1999), kan inddragelsesniveauet sættes i spil i forhold til den mistillid, der kan skabes når forventninger ikke opfyldes. Når der således ses en uoverensstemmelse mellem forældrenes ønskede inddragelsesniveau via information og forventningerne til pjecens indhold, kan et brud i tilliden til Sundhedsstyrelsen på sigt potentielt opstå og resultere i mistillid til systemet, hvoraf den sociale kompleksitet øges og bekymringer skabes. På den anden side, kan pjecen som skriftligt materiale, som tidligere fremanalyseret hjælpe forældrene til at opnå en risikobevidsthed som baggrund for deres valg. Derved kan det udledes, at pjecen i sig selv ikke kan stå alene, men være en understøttende faktor for forældre i muligheden for at opnå en risikobevidsthed.

I forhold til forældrenes forståelse af pjecens indhold, fremhævede enkelte forældre at de havde baggrundsviden om vaccinationer i kraft af deres uddannelser, hvilket de tillagde betydning i forhold til dette. M, der gennem sin erhvervsuddannelse havde kendskab til medicin, udtrykte det således:

”Det synes jeg. Altså det er nemt at forstå, men det kan også være fordi min baggrund er som den er. Og det er jo så ikke til at vide, hvor nemt det så er for andre at forstå.” Det kan her ud fra tolkes, at forældre med særlige uddannelsesmæssige forudsætninger kan have lettere ved at læse og forstå skriftlig information. Andre gav ligeledes udtryk for at de så pjecen som overskuelig og egnet til opslagsværk pga. god indholdsfortegnelse, hvorved det var muligt at få overblik over sygdommene der vaccineres imod, vaccinationstidspunkterne og lignende. Forældrene oplevede generelt at deres behov for information om bivirkninger ikke blev dækket af pjecen. Forælder M udtrykker sit perspektivet således:

” (Bivirkninger) Af vaccinen ja, af at blive vaccineret ja. Det tænker jeg helt klart skal med, det synes jeg er en skam ikke er med. Det kan godt være at de kun kan forårsage feber og sådan noget, men så skal det stå ved hver enkel, i stedet for at det bare står til sidst. Det kan give noget feber. ”Kontakt lægen hvis barnet har feber i mere end tre dage” – ja okay, det synes jeg ikke er meget hjælp hvis der så sker noget mere. ”

Dette illustrerer, at forældrenes ønsker og behov i forhold til informationer i pjecen ikke stemmer overens. Dette supplerer, som tidligere fremanalyseret, forældrenes behov for viden ud fra Brecks (2001) første ideal om *korrekt information*, der fokuserer på faktuel viden i forhold til bivirkninger og underbygger, at der ligger et forandringsperspektiv i dette, da der identificeres et behov, som ikke imødekommes. Ligeledes gav flere forældre udtryk for, at pjecen var svær og udfordrende læsning. Her var mange af forældrene opmærksomme på andre forældres behov. Der blev udtrykt en bekymring for, at forældre med læsevanskeligheder ville have svært ved at læse og forstå pjecen. Her var enkelte ej heller sikre på, at de havde læst pjecen, hvis ikke de skulle deltage i interviewet. I denne forbindelse blev navne på vira, ligesom brug af latinske betegnelser generelt blev opfattet som forælder P her udtrykte: *”Lige så snart der begynder at komme latinske ord i den, så bliver det tungt.”* Derfor blev der opfordret til overvejelser om sprogbrug. C med lang videregående uddannelse udtrykte det således:

” (...) så står der også rigtig meget for ikke almindelige mennesker synes jeg. Hvor man tænker okay, alle de der latinske betegnelser dem kunne jeg måske godt være foruden. Jeg synes jo selv at jeg måske jeg har en god forudsætning for at læse sådan en pjece, men der var stadig nogle steder hvor jeg måtte tilbage og sige; hvad var det lige der stod her? Så man skal måske tænke over det sprog den er beskrevet i og hvor meget der egentlig er relevant for den almindelige borger at vide. ”

Det kan det tolkes, at det findes essentielt at der kommer fokus på lige muligheder for information som tilgængelig og forståeligt uanset forudgående forudsætninger, hvilket derved tolkes til at give mulighed for lige adgang til information og for at blive iagttaget af anden orden og derved få mulighed for at opnå risikobevisthed. Dette med afsæt i, at valget om vaccination blev betragtet som betydningsfuldt og krævende forudgående information. Det kan derved fremanalyseres, at en pjece i et letforståeligt sprog

potentielt kan bidrage til opnåelse af risikobevisthed hos et mere bredt udsnit af befolkningen, end repræsenteret i nærværende interviewundersøgelse.

Yderligere blev omfanget af pjecen anset som en barriere for motivationen til at læse den. Forælder F gav udtryk for det således: *"Men hvis det er en pjece på ja 20-25 sider, så kommer den til at ligge i bunken (...) så skal det være noget der skal være meget kortfattet."* Pjecens sprogbrug og længde kan derfor ses som en barriere for at motivere forældre til at læse denne, og derved en barriere for øgning af risikobevisthed som grundlag for vaccinationsvalget. Når Sundhedsstyrelsen informerer om børnevaccination gennem pjecen, er der i Luhmanns optik tale om, at Sundhedsstyrelsen som et socialt system kommunikerer gennem pjecen, hvor forældrene som psykiske systemer er modtager. Den skriftlige information anvendes således som meddelelsesform, og der kommunikeres gennem pjecen som *udbredelsesmedie* (Kneer & Nassehi 1997). Det er således Sundhedsstyrelsen, der har udvalgt og selekteret den information der ønskes meddelt via pjecen. I følge Luhmann (1997), er der ikke tale om kommunikation før der via forståelse hos modtageren er opstået en syntese mellem *information, meddelelse og forståelse* (Kneer & Nassehi 1997), hvilket vil sige, at forældrene har forstået den information der ønskes kommunikeret fra Sundhedsstyrelsen. På baggrund af forældrenes oplevelser kan det tyde på, at der kan være problemer i opnåelse af en syntese mellem *information, meddelelse og forståelse* via pjecens indhold pga. niveauet i det anvendte sprog, med mindre den enkelte forælder er i besiddelse af særlige uddannelsesmæssige forudsætninger for forståelse gennem. De særlige forudsætninger for forståelse må formodes at tilhøre en lille del af den danske befolkning, hvorfor pjecen kan tolkes at ikke at henvende sig til den brede befolkning. At pjecen samtidig blev oplevet lang og omfattende kan potentielt medvirke til at forældre ikke opnår forståelse af pjecens indhold. Hvis der ikke opnås en forståelse af pjecens indhold, vil informationen heri ikke blive en præmis for forældres adfærd (Luhmann 2000) og således ikke danne grundlag for opnåelse af risikobevisthed og beslutningen relateret til børnevaccinationsprogrammet. Pjecen mangler endvidere informationer om bivirkninger for den enkelte vaccine, hvilket kan ses som endnu en barriere for forældrenes mulighed for opnåelse af risikobevisthed.

Forældrenes oplevelse af pjecen gik endvidere på, måden hvorpå informationen blev formidlet.

Eksempelvis beskrev forælder J pjecens måde at informere om børnevaccination på, som ikke *"neutral"*.

Yderligere udtrykte forælder J i den forbindelse: *"Altså den informerer jo som om man skal få taget de der vaccinationer. Den vejer ikke sådan op og siger at det her det er det negative og det her er det positive, den fremhæver jo det positive kan man sige."*, imens M formulerede det således: *"Skære lidt ned på det omkring sygdommen og få lidt mere ind omkring hvad bivirkningerne er."* I og med at pjecens indhold blev oplevet som talende for vaccination, blev der blandt forældrene ytret et ønske om mere balanceret

information. Det kan derfor fremanalyseres, at pjecens indhold på dette punkt ikke stemte overens med forældrenes behov og forventninger. Brudte forventninger kan, som tidligere fremanalyseret, resultere i mistillid, i denne sammenhæng at forældrene får mistillid til sundhedsmyndighederne. Derved findes perspektivet om balanceret information relevant at medtænke i et forandringsperspektiv.

På baggrund af oplevelserne af Sundhedsstyrelsens pjece, fremkom under interviewene ændringsforslag hertil, herunder en reducere af det samlede sideantal og undladelse af latinske betegnelser.

Yderligere fremkom, at også pjecens visuelle udformning havde betydning for at fange modtagerens opmærksomhed. Forælder F udtrykte således:

” (...) jeg tænker bare især også det der med hvordan information bliver givet og sådan noget. Nu ikke fordi man skal gå op i farver og ting og sager. Men den pjece som den er, den er faktisk meget sort hvid. Det der med at fange opmærksomhed, det tror jeg også har en stor indvirkning på den der opfanger information. Så en ting er indholdet og hvad der står rent skriftligt, men hvordan tingene sådan visuelt også [----] ”

Det kan dermed fremanalyseres, at elementer fra Brecks ideal om *Effektiv og målrettet kommunikation*, som beskrives ved at kommunikationen målrettes modtagerens forskellige forudsætninger, hvor virkemidler fra reklameverdenen anvendes (Breck 2001), kan ses som et ønske, der fremkom hos forældrene. Dette kan anvendes til brug ved ændring af Sundhedsstyrelsens nuværende pjece, således kommunikationen målrettes forældre ved at tage højde for forskellige forudsætninger for at læse og forstå det skrevne sprog og hvor visuelle virkemidler fra reklameverdenen kan anvendes til at fange læserens opmærksomhed. Samtidig kan der, jævnfør Luhmann (1997), tilstræbes opnåelse af en syntese mellem *information, meddelelse og forståelse* for at kommunikationen kan lykkes (Kneer & Nassehi 1997), her via pjecens skriftlige indhold, da formål herved er at denne kan forstås af en bred forældregruppe og ikke kun dem med uddannelsesmæssige forudsætninger for at læse pjecen. Hvor der i idealet om *Effektiv og målrettet kommunikation* også ligger at målgruppen skal ændre deres meninger og handlinger i en bestemt retning, fremgår der, som tidligere fremanalyseret, et ønske fra forældrene om balanceret information med både fordele og risici ved vaccination, som står i modsætning formålet med ovenstående ideal og dermed ikke et ønske om overtalelse i forhold til beslutningstagning. Det vurderes at ovenstående med fordel kan medtænkes i forbindelse med ændring af pjece.

En generel tendens der fremkom var tillid til viden fra sundhedsfaglige eksperter, herunder Sundhedsstyrelsen og pjecens indhold. Flere gav udtryk for, tryghed ved information fra Sundhedsstyrelsen, idet de havde erfaring med Sundhedsstyrelsen som en instans, de kunne stole på udsendte korrekt og veldokumenteret information. Forælder K udtrykte det således:

”Jae, altså det er jo måske også bare hele det der kronen på sundhedsstyrelsen, altså det er også autoriteten ikke? At det er også noget, der sådan er meget reglementeret eller sådan, det er ikke, det er ikke bare sådan noget biodynamisk fiflihaf altså, der er nogle ting bag det, altså der er gjort nogle undersøgelser, der er nogen, der har taget nogle beslutninger omkring det og sådan noget, altså det er det, jeg tænker Sundhedsstyrelsen, det er sådan. Det er et godt bearbejdet materiale næsten alt ting ikke? Også deres kostråd og deres, som vi kender alle sammen ikke så det er jo også et brand, altså et navn man kender, og som på en eller anden måde også er tillid til, ja.”

Når forældrene begrundede deres tillid til Sundhedsstyrelsen med, at den udsendte viden opleves som veldokumenteret, kan det tolkes at forældrene havde tillid til at viden udsendt af Sundhedsstyrelsen, byggede på forskning inden for sundhedsområdet. I Luhmanns optik (1999) kan Sundhedsstyrelsen ses som et delsystem, der anvender viden om sundhed fremkommet gennem forskningssystemet, som anvender kommunikationsmediet sand viden/falsk viden, for at skabe sundhed (Luhmann 1999). Idet forældrene angav at have tillid til Sundhedsstyrelsen, blev der ikke stillet spørgsmål ved hvorvidt den viden der blev udsendt var troværdig, hvormed forældrene ikke efterspurgte yderligere dokumentation. Dermed fremstår tillid til Sundhedsstyrelsen som en del af sundhedssystemet, i kraft af forældrenes forventning om, at kunne stole på den udlagte information om sundhed og børnevaccination som pålidelig viden, hvorved kompleksiteten i forhold til at skulle tage et valg om vaccination blev reduceret.

Opsummerende blev pjecen overordnet fundet anvendelig til opslagsværk, hvor pjecens længde blev fremanalyseret som en barriere for adgang til informationen i denne. Yderligere fokus på information om bivirkninger af de enkelte vacciner ønskes hvorved pjecens indhold ikke stemmer overens med forældrenes forventninger. Det er fremanalyseret at pjecen kan være svær at læse for personer uden særlige uddannelsesmæssige forudsætninger, hvilket indikerer et forandringsperspektiv i det anvendte sprog, med brug af visuelle virkemidler for at målrette informationen til den brede befolkning. Dette er fremanalyseret til at forøge muligheden for en øget opnåelse af risikobevidsthed for en bredere del af befolkningen og dermed give flere forældre denne baggrund for at træffe et valg. Manglende balance i informationen i pjecen er fremanalyseret til potentielt at kunne have en negativ indflydelse på tilliden til sundhedssystemet. Grundlæggende ses at forældrene har tillid til Sundhedsstyrelsen som system, og til den viden der herfra formidles. Ovenstående forandringsperspektiver kan være indflydelsesrige for på sigt for yderligere at fremme tillid og forebygge mistillid, samt at nå ud til et bredere udsnit af befolkningen end repræsenteret i nærværende undersøgelse.

5.3.6 Italesættelse og erfaringsudveksling; opnåelse af risikobevidsthed

5.3.6.1 Vaccinationsvalget – ”måske en af de allervigtigste ting”

Det blev observeret, at forældrenes deltagelse i interviewene, ved at få emnet og deres beslutningstagning italesat, skabte en refleksion og derved blev mere bevidste om begrundelser for egne valg og derigennem mulighed for opnåelse af risikobevidsthed. I interviewene blev der spurgt ind til, forældrenes oplevelse af at skulle træffe et valg om vaccination. Det fremgik, at ikke alle forældre var bevidste om at vaccinationsvalget var et valg. Som kontrast til dette fremstod en holdning om, at forældre overvejede på hvilket grundlag, de tog deres valg, hvilket blev ekspliciteret af forælder E på følgende måde: *” (...) det kan være, der er nogen, der får deres børn vaccineret, fordi det er det man gør agtigt uden at tænker mere over det, (...) jeg synes jo også, at forældre bør have overvejet, hvorfor de egentlig gør som de gør”*. Dermed blev der set en forskellighed i forældrenes bevidsthed om, at der ifølge Sundhedsloven (2014) er lagt op til at forældre har en aktiv rolle i beslutningstagning om vaccination af deres barn (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014), ligesom det samtidig, kan tyde på at der er forskel i den betydning forældre tillægger at blive inddraget i valget. Ved at relatere dette til Arnsteins *deltagerstige* (1989), kan det således tolkes som et udtryk for at forældrenes behov gik fra tilfredshed med *lavt niveau af inddragelse* til en forventning om *højt niveau af inddragelse*. Dette eksempel synes at indikere at forventningen til inddragelsesniveauet kan være afhængig af en bevidst eller ubevidst forholden til beslutningstagningen.

Vaccinationsvalget blev generelt anset som et vigtig valg, da det blev anset som et valg der med potentielle konsekvenser. Endvidere blev det at være førstegangsførelse oplevet som en rolle hvori der løbende var mange overvejelser og herunder valg, der skulle træffes. Eksempelvis fortalte forælder C: *”Men det er mere det med at man træffer nogle valg for sit barn, at man nok skal acceptere at det er man nødt til. Og det har jo konsekvenser, positivt eller negativt ligegyldigt hvad man vælger (...)”* Valget i forhold til børnevaccinationsprogrammet blev ligeledes sammenlignet med et valg, der skulle træffes på lige fod med valg af barnedåb og dagpleje. Sammenholdt med tidligere belyste perspektiver på at forældre løbende skulle træffe flere valg på deres barns vegne og at den nye rolle som forælder bestod af mange nye ting, blev valget omkring vaccination oplevet som stående lidt i skyggen af alle de nye oplevelser og valg. Denne erkendelse blev udfoldet yderligere under interviewene, hvor forældre på baggrund af selvrefleksion udtrykte at vaccinationsvalget faktisk sås som et vigtigt valg i forhold til deres barns sundhed. Forælder P forklarede det således: *” Det er sådan en biting, fordi der er bare så mange andre ting. Men sjovt nok er det måske en af de allervigtigste ting, det der med vaccination om man vil eller ikke vil. (...) ”Så det er jo ikke en lille ting og det samme som hvilket mærke ble man bruger.”* Det tyder derfor på, at selvom vaccinationsvalget var et valg, blandt mange andre, blev dette alligevel opfattet som et valg, der krævede

betydelig opmærksomhed. Derved kan dette tolkes at vaccinationsvalget blev oplevet som betydningsfuldt, og derved grundlaget for dette som væsentligt. I relation til dette, udtrykte forælder J:

”Selvom der er sundhedsplejersker og læger og fagpersoner ind over, så er det jo egentlig mig der skal træffe alle valgene og det kan jo få konsekvenser fremover, om jeg vælger det ene eller det andet. Så det er da en stor beslutning man skal træffe, men sådan er der jo mange, der kan komme til at være tænker jeg, i resten af livet. Så det skal jeg bare fra starten vænne mig til.”

Det tyder derved på, at valget ifølge flere af forældrene består af overvejelser og accept af, at der indgår en række konsekvenser ved det valg, der skal tages, og at dette anses som en naturlig del af forælderrollen. Gennem de seks interview, gav flere forældre hertil udtryk for, at netop refleksion og bevidsthed om eget valg var betydningsfuldt. Set i Luhmanns optik forudsætter opnåelse af risikobevidsthed en afklaring af hvad valget indebærer (Luhmann 2003), hvilket netop bekræfter, at information er en essentiel forudsætning for at opnå en mulig risikobevidsthed som baggrund for det konkrete valg. Forælder J reflekterede over fordelene ved at italesætte emnet og udtrykte: *”Ja, det tror jeg at det mere vil sætte sådan lidt stof til eftertanke og at man sådan lige kunne tænke over, jamen er det så det rigtige jeg træffer. Det er med til at opveje det (...)”* Risikobevidstheden forudsætter altså derved også en udveksling af information for at foretage et aktiv valg og en beslutningstagning, som ligeledes kan anses som informationer der er gjort til en præmis for egen adfærd.

For at træffe et valg oplevede forældrene at dette forudsatte at de havde modtaget information omkring emnet, eksempelvis berettede forælder C: *”Og vi kan kun træffe det ud fra alle de informationer vi kan få rundt omkring fra”* Det kan derfor tolkes at den enkelte forælder er afhængig af oplysning og information fra bl.a. sundhedsmyndigheder, for at blive sig rustet til at træffe et informeret valg. Dermed kan et behov for øget fokus på informationer om vaccination identificeres, samt et behov for at fremme rammerne for dette. Relateret til *deltagerstigen* (1989), kan ovenstående behov for og ønske om inddragelse via information, ses som et udtryk for et ønske om et *højt inddragelsesniveau* (Arnstein 1989), således at beslutningstagningen bliver bevidst og reflekteret.

Opsummerende fremstår vaccinationsvalget som et betydningsfuldt valg for forældrene, da dette er en beslutningstagning om barnets sundhed. Som fremanalyseret, fremgår den refleksivitet som forældrene opnåede via interviewene, som et udtryk for den indflydelse refleksion og italesættelse kan have på forældres risikobevidsthed, hvilket indikerer et behov for øget fokus på italesættelse og information om vaccination, samt behov for at fremme rammerne for dette.

5.3.6.2 Forældreuddannelsen; et forum for italesættelse

Gennemgående havde ingen af forældrene oplevet at vaccination var et emne, der var berørt via verbal information eller dialog i deres kontakt med sundhedsprofessionelle, og fremhævede samtidig en usikkerhed om hvorvidt emnet var implementeret i en kursusgang på forældreuddannelsen, de var tilknyttet. Dermed synes dette at understøtte tendensen fremanalyseret i afsnit 5.3.2 Forældres informationsbehov – *”Man er fuldstændig fremmede”* om forældrenes oplevelse af uforudsigelighed og lavt niveau af inddragelse. I interviewene berørte et af temaerne hvorledes forældrene oplevede at italesættelse af vaccinationsovervejelser kunne have indflydelse på deres valg. Fælles for de deltagende forældre var, at ikke aktivt havde drøftet vaccination med deres netværk såsom familie og venner. Forklaringen herfor sås forskelligt blandt forældrene, da det ikke var alle, der havde haft behov for at tale vaccination med deres netværk, men hvor familien blev nævnt som oplagt sparringspartner. Vaccinationsvalget blev hertil anset som et privat samtaleemne, hvor forælder P ekspliciterede dette ved at sige: *” (...) jeg tror egentlig også at det er en meget personlig ting (...) det er bare ikke noget man, sådan noget man lige slynger ud til en parmiddag. ”Hey, har I overvejet at vaccinere?”* Her kom det frem at der på trods af dette aktuelt eksisterede et behov for at drøftelse og udveksling af erfaringer om vaccination med andre forældre i et forum hvori vaccination var legalt at tale om. Både mødre grupper og forældreuddannelsen blev fremhævet som oplagte fora at skabe italesættelse omkring børnevaccinationsprogrammet i. Forælder C udtrykte således:

”Men jeg tænker da, at snakke om ting er generelt en god måde at danne sin egen mening om noget. Så derfor er det jo ikke skidt at snakke om det og jeg er også sikker på at i vores mødre gruppe kommer vi til at snakke om det (...) Så på den måde så tænker jeg det er en god måde at finde ud af; Hvad mener jeg selv omkring det.”

Selvom mødregrupper blev nævnt som forum for italesættelse af vaccination, fremstod forældreuddannelsen som et mere ønskværdigt forum, hvori det ville være muligt at tale om vaccination med ligestillede, som stod over for samme valg. Denne forældreuddannelse blev beskrevet som en uddannelse for førstegangsførelse, der startede inden børnene blev født og frem til børnene er over et år. Hertil var tilknyttet en sundhedsplejerske og der blev suppleret med relevante fagpersoner, undervisere i konkrete emner på planlagte kursusgange. Dermed vurderes det, at der på forældreuddannelsen vil være mulighed for at supplere information om vaccination fra en sundhedsprofessionel med erfaringsudveksling blandt forældrene. Set ud fra Brecks (2001) tredje ideal om *dialog- og netværkskommunikation*, hvor det pædagogiske formål er at skabe en social læreproces, for at løse risikokonflikter (Breck 2001), kan disse analyseres til at blive løst når forældre efterspørger italesættelse i et forum med ligesindede, for at løse deres konflikter og tvivl. Derved kan det fremanalyseres, at forældrene efterspørger elementer af Brecks tredje ideal som en del af grundlaget for forberedelse til valget om vaccination.

I forlængelse af dette, kan perspektivet som tidligere fremhævet, om at forældrene på trods af deres afklaring af valg, udtrykte behov for at drøfte emnet med andre, tolkes til at nogle forældre potentielt ikke var så afklaret som først antaget. I relation til dette fortalte forældre M:

"Jamen det ville da lige altså give det sidste hvis man er lidt i tvivl, så kunne det måske lige få den der tvivl væk og lige finde ud af, hvad er det egentlig helt klart man lige siger ja til, når det er. Det vil da i hvert fald være et godt sted fordi de tager jo også tit fagfolk ind, så kunne de jo have taget en ind, der fortæller direkte om det, men altså så har du også andre forældre, du sidder sammen med, der sådan kan snakke med hinanden og hvad man tænker om det og hvad man egentlig føler er rigtigt og ikke rigtigt."

Dette underbygger som tidligere fremanalyseret, at forældrene både gav udtryk for et ønske og behov om at drøfte vaccination med andre forældre samtidig med, at de gav udtryk for et ønske og behov for at modtage mundtlig information og have mulighed for dialog med en sundhedsprofessionel. Det fremgik af interviewene, at flere forældre havde forslag til hvilke aktører, der var relevante som undervisere på forældreuddannelsen til at informere om vaccination. Et eksempel på et forslag hertil kom fra J: *"Jamen jeg ved ikke om man kunne få sådan en fra sundhedsstyrelsen, eller lægen eller sundhedsplejersken."*

Flere forældre gav dog udtryk for, at en anden underviser end sundhedsplejersken ville være at foretrække, pga. sundhedsplejerskens rolle som gennemgående person på kurserne.

Generelt blev vigtigheden i at informationerne om vaccination blev givet, inden barnet blev tre måneder, fremhævet og herunder at en eventuel kursusgang indeholdende informationer omkring

børnevaccinationsprogrammet skulle afholdes inden beslutningstagningen af den første vaccination.

Indarbejdelse af et emne omkring børnevaccination på forældreuddannelsen fremkom yderligere fra forældrene som en oplagt måde, hvorpå den skriftlige information kunne suppleres med den mundtlige meddelelsesform. Forælder F udtrykte det således: *"Og det synes jeg også er en god måde at få information på, fremfor at alt er udformet som pjece som tekst som du skal læse."* Alle forældre fremhævede forældreuddannelsen som et ønskværdigt sted at implementere mundtlig information om børnevaccinationer, eksempelvis fortalte forælder F om sin tanke omkring emnet på forældreuddannelsen:

"Det er jo ikke noget som jeg synes at man behøver at gå i dybden med og noget der tog lang tid. Men det kunne sagtens være information som andre emner man har, hvor man kort lige beskriver hvad det er for nogle forskellige ting og lige oversigten over hvornår er det. Hvornår rent praktisk skal du også træffe beslutningen om man vil det eller ej som forældre."

Dermed kan det tolkes at information på forældreuddannelsen via mundtlig kommunikation vil bidrage til at forældrene, kan få drøftet og spurgt ind til eventuelle tvivlsspørgsmål om vaccination via dialog med en sundhedsprofessionel samt dialog med andre forældre og herved søge at dække behovet for kommunikation ud fra Brecks tredje ideal. Forældrene kan således via deltagelse i den mundtlige kommunikation og brug af *tilslutningskommunikation* vise, hvorvidt de har forstået informationen, i kraft af

at afsender og modtager ville være fysisk til stede i det sociale system, hvori kommunikationen foregår (Luhmann 2000), modsat med det skriftlige materiale. Deltagelse i den mundtlige kommunikation på forældreuddannelsen ville dermed kunne give forældrene mulighed for at opnå viden om vaccinationer og få drøftet tvivlsspørgsmål, og mulighed for en risikobevidsthed som grundlag for eget valg. Yderligere kan vaccination som tema på forældreuddannelsen medvirke til at begge forældre deltager i det samme informations forum, modsat mødregrupper og kvindens otteugers undersøgelse. Forældreuddannelsen anses derved som et velegnet forum for information om vaccination og drøftelse heraf, således at begge forældre får mulighed for at deltage. Den kvindelige forælder K udtrykte det således:

”Jo, men det tænker jeg også sådan at det er et rigtig godt forum i hvert fald, der, når manden er der. (...) jeg tænker bare lidt, at han vil høre meget mere efter, hvis der er en anden der spørger, end hvis jeg begynder at spørge, hvad synes du om de der børnevaccinationer og sådan noget, så vil han bare jamen, det gør du vel, eller det tager du vel stilling til (...) Så derfor er det et rigtig godt forum, at snakke om det i.”

Hvis begge parter inddrages kan det potentielt skabe øget mulighed for refleksion i beslutningen i og med at forældrepar derved også kan reflektere i fællesskab, udenfor forældreuddannelsen som kontekst. Som tidligere fremanalyseret tyder det på at tid og trygge omgivelser er en faktor, der har betydning for personlig tillid i og det kan her antages, at dette er aspekter, der gør sig gældende for forældreuddannelsen. Dette vil kunne give rum til at forældrene her kan tale om vaccination uden at bekymre sig om at de forventninger de har til de andres varetagelse af informationerne, ikke bliver efterlevet. Dette på trods af at der er en risiko for skuffede forventninger, idet de andre forældre, ifølge Luhmann (1999), altid har mulighed for at reagere anderledes end antaget (Luhmann 1999) og der derfor ikke kan opnås en sikkerhed for, at synspunkter og holdninger angående vaccination bliver modtaget med respekt og åbenhed. Den overordnede erfaring var, at de andre forældre på holdet levede op til disse forventninger, som herved skabte et trygt forum. Flere forældre gav i denne forbindelse udtryk for, at de på forældreuddannelsen oplevede en høj grad af tillid. Forælder P, der havde deltaget beskrev det således:

”Og der er jo en kæmpe tillid, der bliver snakket om ting som jeg ville have svært ved at snakke med mine nærmeste venner om, fordi der er den her tavshedspligt (...), fordi det er her man får tillid når man ser folks maver vokse. Så det er en god ordning hvor det også vil være rigtig godt at snakke vaccinationer (...)”

At tid er en faktor for den tillidsfyldte relation, bekræftes yderligere af P's ovenstående udtalelse, idet citatet viser, at forældrene ved at have kendt og dermed fulgt hinanden over tid, opnår et tillidsbånd til hinanden på holdet. Derved kan det fremanalyseres, at italesættelse af vaccination kræver tillid som opleves på forældreuddannelsen, men at der ikke er garanti for at tilliden bliver efterlevet.

Som det er fremanalyseret, forudsætter italesættelse og dialog om vaccination blandt forældrene og deres netværk, tillid. I Brecks (2001) tredje ideal om risikokommunikation *dialog og netværkskommunikation*, er dialog og kommunikation i netværk midlet til at opnå en læring, gennem deling af risikoopfattelser blandt gruppens medlemmer (Breck 2001). Som flere af forældrene fortalte, så indgår de i et socialt netværk i forældreuddannelsen, hvilket ifølge Breck kan ses som en form for netværk inden for et afgrænset område (Breck 2001), hvor forældrene forudsætter at der udvises gensidig tillid. Den tillid som skabes på forældreuddannelsen, kan jævnfør Brecks (2001) tredje ideal om risikokommunikation, ses som et eksempel på en stærk social relation og et sammenhold, der bygger på gensidig tillid og respekt, som en forudsætning for at have en risikodialog (Breck 2001), såsom at tale om børnevaccination. Derved anses forældreuddannelsen som et forum, der er egnet til dialog om børnevaccination, forudsat at der er en gensidig tillid mellem deltagerne på holdet. Flere af forældrene beskrev denne tillid som bestående af accept af forskellige forståelser og opfattelser, som de samtidig mente kunne overføres til accept af forskellige holdninger til vaccination og af eventuelle forskelle i vaccinationsvalg. Forælder M udtrykte det således:

" (...), fordi i sådan en gruppe er det jo lukket ikke også? (...) og der har man sine egne holdninger og sådan noget. Der vælger man selv hvordan man gør, altså valgte vi nu at gå fra hinanden, jamen så er det sådan det er og det er der ikke nogen, der ser skidt på os, fordi vi gør. Altså, og vælger vi at vores barn ikke skal vaccineres, så fair nok, det er ligesom hvis nogle af dem vælger ikke at barnet skal døbes, så ser jeg heller ikke skidt på dem, fordi deres barn ikke skal døbes, men min skal, ikke også? "

Ifølge Luhmann (1999) kan en forudsætning for at opnå personlig tillid være, at de involverede parter er i stand til at sætte sine egne interesser og holdninger i bero for at lytte til andre (Luhmann 1999). At forældrene på holdet har forståelse og accept af hinandens forskellige holdninger, kan være et udtryk for at de netop er i stand til dette. Sammenholdt med at tid er essentielt for udviklingen af tillid kan det fremanalyseres at forældrene, via den tid de tilbringer sammen, udvikler en forståelse for og accept af hinandens forskelligheder. Dette udtrykker samtidig kernen i Brecks tredje ideal om dialog og netværkskommunikation, da et sådan forum vil tillade, at bl.a. viden og forskellige holdninger skabes og spredes (Breck 2001) mellem forældrene om børnevaccination. I det tredje ideal er formålet herved ifølge Breck at skabe en læreproces hvor lægpersoner besidder en værdifuld viden og erfaring som fundament for kommunikationen (Breck 2001). Dette perspektiv fremkom ligeledes. F udtrykte således:

"Jeg synes at det kan være en god ting bare for at udveksle lidt hvad andres tanker omkring det er. Også igen fordi det er nogle der er og dem har man også tillid til, at dem som ikke som fagpersoner, men som menneske, forældre på samme måde som os selv. For lige at afklare om der er nogle ting som vi selv ikke har tænkt over. "

Dette synes at vidne om at *dialog og netværkskommunikationen* af forældrene ansås som væsentligt hvor det at kunne drøfte vaccination med andre forældre, som stod i den samme situation, i forhold til beslutningstagning om vaccination, blev fremhævet som noget, der kunne medvirke til at den enkelte forælder kunne supplere egen viden. Derved kan det tillige fremanalyseres, at forældrene generelt udtrykte et ønske om elementer af Brecks tredje ideal i et forandringsspektiv, idet både forældre og forummet, accepterer forældrenes viden som værdifuld. Det blev yderligere fremhævet, at det forum der skabes på en forældreuddannelse, i kraft af at det foregår i en gruppe med andre forældre, er med til at bistå den enkelte forælder til at forholde sig reflektivt til informationen om børnevaccinationsprogrammet samt til beslutningstagning om vaccination, eksempelvis udtrykte forælder J:

”Ja, for der sidder man lidt i samme situation og hvis der er nogle der stiller et spørgsmål, så tænker man ”Nå jamen det havde jeg ikke selv tænkt på at spørge om, men det egentlig er rart at få at vide”. Så det der med at man er flere der får spurgt ind og man hører hvad svaret så er til det, det kan jo også give en noget.”

Som tidligere fremanalyseret anses forældreuddannelsen som et trygt forum. Sammenholdt med det fremkomne ønske om elementer fra Brecks tredje ideal, synes dette at vidne om at forældrene i nærværende speciale afspejler et eksempel på at italesættelse og dialog om vaccination kan sættes i relation med nærvær, tid, tillid og tryghed, som opleves på forældreuddannelsen. Som tidligere fremanalyseret, er tid til refleksion og tidlig information en medspillende faktor for mulighed for opnåelse af risikobevisthed i forhold til valg af vaccination. Sammenholdt med ovenstående, kan det fremanalyseres at forældrene via den tillid der opleves på forældreuddannelsen kan fremme italesættelse af emnet og få mulighed for sammen at reflektere. Herved kan udviklingen af en risikobevisthed potentielt ramme endnu bredere end ved fokus på information til en enkelt forælder hos lægen, idet de, der ikke har så gode forudsætninger for at læse og forstå skriftligt materiale, herved kan få oplysninger via et andet medie, nemlig information kombineret med refleksion. Det kan her fremanalyseres at et ønskværdigt forandringselement er at implementere et tema om vaccination på forældreuddannelser, da det på baggrund af nærværende viser, at forældreuddannelsen indeholder de ønskede rammer for italesættelse og diskussion. Dette synes at bekræfte Brecks perspektiv på at netop netværksdialogen forudsætter gensidig tillid og respekt for at den sociale læreproces og information kan foregå (Breck 2001). Sammenholdt med Luhmanns begreb om personlig tillid, hvor selvfremsstilling er en faktor for opnåelse af personlig tillid (Luhmann 1999), kan dette sammenholdt med forældreuddannelsen som forum, anses som et eksempel på hvor dette synes muligt, via deltagernes selvfremsstilling i det sociale netværk.

Opsummerende kan vaccinationsvalget fremstå som et privat emne at tale om, hvorfor et forum for italesættelse forældre opleves af tryghed og tillid.

Da forældrene oplevede personlig tillid og tryghed på forældreuddannelsen, samt personlig tillid til sundhedsplejersken, som er fast tilknyttet, findes italesættelse og drøftelse af emnet på denne uddannelse at være fordelagtig. Derved vil det skabe mulighed for at opnå viden om vaccinationer og få drøftet tvivlsspørgsmål, via dialog med andre forældre og sundhedsprofessionelle. Ved at tilbyde forældre et tema med emnet vaccination, vil de derved få mulighed for at opnå en reflekteret risikobevidsthed som udgangspunkt for deres valg. Det blev foreslået, at en sundhedsprofessionel med relevante kompetencer, kunne informere om vaccination på forældreuddannelsen. Det kan konkluderes at en eventuel kursusgang med temaet børnevaccination der ligger inden den første vaccination, hvor barnet er tre måneder, kan være fordelagtigt for at forældrene får mulighed for opnåelse af en risikobevidsthed inden da.

6. Diskussion

I følgende kapitel vil specialets metode, teori og resultater blive diskuteret. Først diskussion af specialets metode med afsæt i fire udvalgte kvalitetskriterier, efterfulgt af en diskussion af relevansen og anvendeligheden af de udvalgte teoretiske begreber benyttet i specialets empiriske analyse. Slutteligt vil specialets resultater blive diskuteret med inddragelse af litteratur fra den systematiske litteratursøgning og kædesøgning herfra.

6.1 Diskussion af metode

Som et led i det videnskabelige arbejde stilles der krav til synligheden i forhold til den systematiske tilgang for at sikre pålidelighed og gyldighed (Poulsen et al. 2009), hvorfor der i diskussion af specialets metode er valgt at tage afsæt i de fire kvalitetskriterier: *Troværdighed, overførbarehed, konsistens og transparens.*

Nærværende metodediskussion er udarbejdet ud fra inspiration fra guiden til

”Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS” (Poulsen et al. 2009). VAKS er udarbejdet med inspiration fra Guba og Lincolns kvalitetskriterier og findes anvendelig til vurdering af styrker og svagheder ved videnskabelige kvalitative studier (Poulsen et al. 2009). Derved findes samme guide anvendelig som inspiration til opbygning af specialets metodediskussion, som findes nedenfor.

6.1.1 Troværdighed

Begrebet troværdighed dækker bl.a. over evnen til at argumenterer for og tydeliggøre valg af metoder, hvor anvendelsen af disse diskuteres i forhold til formålet med projektet (Poulsen et al. 2009). Kriteriet troværdighed diskuteres i forholdt til, i hvilken grad specialegruppen har argumenteret for hvordan de anvendte metoder knytter sig til specialets problemformulering. Dette set ud fra de tre trianguleringsformer *metodetriangulering, forskertriangulering og teoritriangulering.*

I relation til metodetriangulering, der indikerer hvilke forskellige dataindsamlingsmetoder specialets har anvendt (Poulsen et al. 2009), kan anvendeligheden af de to semi-strukturerede interviewformer, henholdsvis det individuelle og dyadiske interview diskuteres. Der indgik fem individuelle og et dyadisk, hvormed betydningen af denne kombination kan diskuteres. Der er tale om to forskellige metoder med hver deres styrker og svagheder, hvor der i det dyadiske interview blev oplevet at deltagerne supplerede hinanden og bidrog til hinandens refleksioner. Dog er det valgt ikke at analysere på interaktionen i det dyadiske interview, hvorved det vurderes at de to interviewformer har bidraget med samme type data.

Oprindeligt havde specialegruppen planlagt fokusgruppe interview som interviewform. Fokusgruppe som metode blev vurderet til at kunne få flere perspektiver frem, idet det kunne skabe mulighed for refleksion forældrene imellem.

Denne refleksion blev vurderet til at kunne fremme nuancerede perspektiver på og forståelse for behov, og forslag til forandring ud fra Kvale og Brinkmanns (2009) argument om, at der via fokusgruppeinterview er mulighed for at informanterne bringer perspektiver på banen, som undersøgerne ikke selv havde overvejet at spørge ind til (Kvale & Brinkmann 2009). En mulig svaghed ved fokusgruppe som metode i forhold til emnet vaccination blev vurderes at være, at emnet kunne anses som privat og følsomt og derved potentielt kunne igangsætte ophedede diskussioner om holdningerne til valg eller fravalg, og derved ikke ville være egnet til undersøgelse af specialets fokus. Efter flere overvejelser, ud fra overstående perspektiv og sammenholdt med at en fokusgruppe består af seks til ti deltagere (Kvale & Brinkmann 2009), blev fem forældre rekrutteret til det planlagte interview, hvorimod to forældre tilkendegav at være interesseret i individuelle interview. Her blev metoden taget op til revision og det blev besluttet at ændre metode til individuelle og dyadiske interview. Styrken ved disse to interviewformer, i forhold til fokusgrupper, vurderes at være, at hver forælder fik mere plads til at fremkomme med dybdegående beskrivelser af erfaringer, oplevelser og behov, resulterende i dybdegående perspektiver. I relation til det dyadiske interview, kan en styrke hertil ses i og med at interaktion muliggør skabelse af refleksion (Morgan et al. 2013). Derved kan koblingen af individuelle og dyadiske interview ses som en styrke, ved at interviewenes tilgang både har skabt mulighed for refleksion og ligeledes dybdegående fortællinger af oplevelser og erfaringer. I interviewenes debriefing blev dette perspektiv bekræftet af flere forældre, som netop fortalte, at de i højere grad fandt den individuelle eller dyadiske interviewform anvendelig, frem for fokusgruppeinterview, da de mente, de ville være mere åbne i forhold til specialets emne, end hvis de sad i en gruppe. Dog kan dette ikke vides med sikkerhed, da forældrenes åbenhed vurderes at kunne afhænge af gruppedynamikken i den enkelte fokusgruppe og relationen mellem interviewer og forældre i interviewsituationen, hvilket ikke kan planlægges eller vides på forhånd. På denne baggrund vurderes den individuelle og den dyadiske interviewform som valgte, ligesom det med afsæt i ovenstående blev fundet valgt, at fokusgruppeinterview blev fravalgt, da disse kunne have medført flere begrænsninger for empiriens udfoldelse. I forhold til kombinationen af et dyadisk og seks individuelle interview, kan det diskuteres om denne fordeling kan have mindsket empiriens nuancering. Idet det dyadiske interview er velegnet til at skabe refleksion hos to interviewpersoner (Morgan et al. 2013), må det formodes at flere dyadiske interview i specialet, kunne have bidraget med en øget nuancering af perspektiver. Sammenholdt med, at refleksion her er i fokus, kunne flere dyadiske interview ligeledes have lagt op til en analyse af forældrenes interaktion, men hvor det med afsæt i specialets problemformulering ikke blev fundet relevant. Mulighederne for at udføre flere dyadiske interview blev på forhånd tilrettelagt, da alle forældre, som tidligere nævnt fik tilbuddet om at deltage alene eller med en partner. Det faktum at målgruppen er førstegangsførelse med mange nye oplevelser og gøremål, der fylder i hverdagen, kan dog formodes at

være forklaringen på, at kun et forældrepar meldte sig til dyadisk interview og kan derfor ses som en præmis for undersøgelsen.

Set i forhold til kontekstbeskrivelsen kan det diskuteres, hvilken betydning det har at læseren ikke bliver bekendt med hvem af de interviewede forældre der er et par. Derved kan en del af konteksten være usynlig. Dog blev dette valgt med afsæt i at sikre den interne anonymitet og samtidig fordi tilgangen til forældrenes oplevelser og erfaringer bliver anset som udsagn fra enkelt individer, hvortil det ikke blev vurderet til at have en stor indflydelse. Specialrapporten er som tidligere beskrevet, udarbejdet af tre studerende, som har været aktivt deltagende i alle dele af processen, hvorfor forskertrianglering findes relevant som fokus i denne diskussion. Forskertrianglering indikerer, at flere forskere har indgået i et samarbejde om analyse, eller eksempelvis ved fordeling af interviewerrollen (Poulsen et al. 2009). I nærværende speciale blev det vurderet relevant at anvende forskellige interviewere i de seks interview, hvorved der er forekommet forskertrianglering, der kan anses som styrkende for undersøgelsens troværdighed. Dog kan der ved denne fordeling samtidig ses svagheder. Som den norske professor Steiner Kvale (2009) beskriver, er interview et håndværk og derved en færdighed, der løbende læres og udvikles ved at praktisere dette (Kvale & Brinkmann 2009). Specialegruppen var dermed bevidst om, at det ved brug af den samme interviewer, ville have været muligt at udvikle håndværket og forfine interviewstilen. Omvendt kan der argumenteres for, at alle gruppens medlemmer har haft mulighed for at udøve dette håndværk i et læringsperspektiv. Hertil kan det diskuteres, om valg af skiftende interviewer har medvirket til, at individuelle forskelligheder har bevirket at interviewene blev udført på mere nuanceret vis og derved ikke har ladet en bestemt forforståelse påvirke alle interview. For at anvende den viden og erfaring og derved påvirkning af forforståelsen som deltagelse i interviewene skabte, blev interviewene struktureret således, at observatøren fra foregående interview var interviewer ved næste interview. Dette for at imødekomme en stringens og fælles struktur i interviewenes udformning, samt løbende lærings- og erfaringsudveksling. For at arbejde ud fra en problemorienteret tilgang, hvor problembaseret læring bidrager til læreprocessen (Holgaard et al. 2014), som hele specialegruppen har taget del i, vurderes dette at styrke argumentet for den valgte tilgang. Yderligere kan potentielle fordele og ulemper ved tilstedeværelse af to personer ved interviewene diskuteres. Under hensyntagen til, at der i forvejen ofte er tale om en asymmetrisk magtrelation mellem informant og interviewer (Kvale & Brinkmann 2009; Christensen, Nielsen & Schmidt 2007), blev der for at give øget tryghed for forældrene, lagt vægt på at forklare formålet med observatørens tilstedeværelse. Dette grundet viden om, at kvaliteten af interviewdata kan afhænge af, at intervieweren etablerer en god relation til informanten, ligesom brugbar viden via interview skabes i den sociale relation mellem informant og interviewer (Kvale & Brinkmann 2009).

Det kan dog diskuteres om observatørens rolle kunne være dækket af interviewerens selv, for derved ikke yderligere at bidrage til omtalte asymmetri i magtforholdet. Hertil kan det diskuteres, om der ved tilstedeværelse af bare en person i interviewsituationen, ville været opnået en mere fokuseret interaktion. Da alle specialegruppens medlemmer var novice i interviewrollen, blev observatørens rolle omvendt anset som støttende, idet denne medvirkede til, at der blev spurgt ind til perspektiver, som interviewer ikke opfangede eller glemte undervejs. Hertil var observatøren også med til at sikre at den viden, der kom frem i det ene interview blev taget med i det næste.

Endvidere er forskertriangulering blevet benyttet i specialets analyse af empiri. Første og andet analysetrin er gennemgået af de tre gruppemedlemmer hver for sig, hvorefter tredje analysetrin opstod gennem en forhandling mellem de tre gruppemedlemmer. Efterfulgt af dette, blev afsnit i fjerde analysetrin roteret mellem gruppens medlemmer, hvilket samlet vurderes at være med til at styrke specialets troværdighed.

Endvidere er der i nærværende speciale anvendt teoritriangulering. Denne trianguleringstype defineres ud fra, at flere teoretiske perspektiver og begreber er anvendt til den empiriske analyse og fortolkning (Poulsen et al. 2009). I analysen blev teorier og teoretiske begreber fra tre teoretikere benyttet, henholdsvis Niklas Luhmanns teori om kommunikation, tillid og risiko, Thomas Brecks tre idealtyper af risikokommunikation og Sherry R. Arnsteins deltagerstige. For en uddybende diskussion af dette se afsnit 6.2 Diskussion af teori

6.1.2 Overførbarhed

Som det andet kvalitetskriterie, kan der ses på specialets overførbarhed, hvor de kontekster og sammenhænge, som det empiriske materiale er fremkommet i, beskrives (Poulsen et al. 2009). For at give indblik i den kontekst empirien er samlet ud fra, er forældrenes karakteristika på gruppeniveau beskrevet, som indledning til den empiriske analyse, herunder; alder, køn, uddannelsesniveau og børnenes alder. I denne forbindelse kan det diskuteres om denne kontekstbeskrivelse er sufficient, ud fra den betragtning at Kvale og Brinkmann (2009) beskriver, at det er essentielt at beskrive konteksten fyldestgørende for læseren, for at give mulighed for vurdering af forskelle og ligheder med den kontekst, der ønskes overført til, for herved at vurdere om resultaterne kan gælde for en anden kontekst. Set ud fra at analytisk generaliserbarhed indebærer en bedømmelse af i hvilken grad resultaterne kan være gældende for en tilsvarende kontekst (Kvale & Brinkmann 2009), kan der derfor diskuteres om muligheden herfor er blevet reduceret. På den ene side vurderes det, at yderligere konkrete karakteristika på individniveau, kunne bidrage til en øget indsigt i den konkrete kontekst og forældregruppe, der har medvirket i specialet, for derved at give læseren et bedre grundlag for vurdering af overførbarheden.

Den konkrete kommune og forældreuddannelsen, som forældrene er rekrutteret fra, er anonymiseret hvilket ligeledes vurderes at forringe læserens mulighed for at vurdere konteksten. På den anden side er der nøje blevet overvejet og reflekteret i henhold til etiske overvejelser om både at sikre den interne og eksterne anonymisering. Ud fra dette perspektiv har de etiske hensyn haft forrang, hvorfor den konkrete tilgang er valgt.

Væsentligt for udvælgelsen af informanter til et kvalitativt forskningsprojekt er, at disse har erfaringer med det undersøgte emne eller fænomen. Dertil kommer at udvælgelsen bl.a. kan ske strategisk og her er det essentielt at der er beskrevet og argumenteret for til og fravalg (Poulsen et al. 2009). I den strategiske udvælgelse og rekruttering af forældre, er en tydelig beskrivelse og argumentation her for tilstræbt. Set i forhold til problemformuleringen, findes den anvendte rekruttering og udvælgelsesprocedure relevant. I takt med at forældre anser den første vaccination som den sværeste og mest betydningsfulde (Austin 2001), synes argumentet for dette kriterie at stå stærkt. Omvendt tænkes det, at et kriterie omhandlende barnets alder såsom ældre end tre måneder, således at alle forældrene havde haft mulighed for konkrete erfaringer med sundhedsvæsenet i forhold til børnevaccination, yderligere kunne have kvalificeret forældres forudsætninger for at deltage. Dog vurderes det samtidig, at flere udvælgelseskriterier, ville indskrænke mulighederne for rekruttering, hvorfor den anvendte udvælgelse blev fundet relevant.

Set i forhold til aspektet om at udvise bevidsthed om forholdet mellem interviewpersonerne og interviewer har specialegruppen oplevet en personlig tillid ved at forældrene har åbnet deres hjem og ligeledes åbnet sig i deres fortællinger, ved at svare på de opstillede interviewspørgsmål. Ydermere kan forældrenes udsagn i interviewene, om at vaccinationsemnet kan være personligt og sårbart at berøre, indikere at der er blevet udvist tillid til interviewer og observatør. Dette har derved bidraget til en øget bevidsthed om den rolle, der indtages ved interview som forskningsmetode. Bl.a. er undersøgeren selv en del af den kontekst, der undersøges i kvalitativ forskning, hvorved det findes essentielt at beskrive undersøgernes egen rolle og forforståelse da dette kan øge læserens tillid til forskningsprocessen (Poulsen et al. 2009). Ved at specialegruppen, som en del af den kontekst der undersøges, har beskrevet medlemmernes forforståelse vurderes dette at medvirke til at øge læserens tillid til nærværende speciales proces. Forforståelsen vil endvidere blive diskuteret under kriteriet transparens.

6.1.3 Konsistens

Konsistens defineres som et kvalitetskriterie, der opfyldes ved at der fremgår en stringens i præsentationen af projektrapporten fra problemformulering til konklusion, hvor forskerens beslutningsprocesser tydeligt fremgår. Endvidere vurderes konsistens ud fra forskerens evne til at reflektere over rækkevidden af de fremkomne resultater (Poulsen et al. 2009). Hertil findes en diskussion og vurdering af specialegruppens

valgte fremgangsmåde essentiel. For at arbejde mod opfyldelse af dette kvalitetskriterie, er der gennemgående i specialerapporten forsøgt at skabe en rød tråd mellem rapportens skrevne afsnit med dertilhørende underafsnit og metatekster. Som fremskrevet i metodeafsnit 4.2.1 Konstruktionisme som epistemologi har specialegruppen ladet sig inspirere af Crotty og herunder hans sondring af hvordan epistemologi knytter sig til teoretisk perspektiv, metodologi og metoder. Denne tilgang vurderes at have bidraget til en stringent opbygning i rapporten, således at konsistensen i forhold til gruppens beslutningsprocesser fra problemformulering og til konklusionen styrkes. Der er endvidere løbende i specialerapporten tilstræbt at argumentere for valg i forskningsprocessen. Angående refleksion over rækkevidden af de fremkomne resultater henvises til afsnit 6.3 Diskussion af resultater.

6.1.4 Transparens

Som et fjerde kvalitetskriterie, fremgår transparens. Transparens defineres som gennemsigtigheden i forskningsprocessen hvorunder beskrivelse af fremgangsmåde og af de grundlæggende antagelser, der ligger bag studiet (Tanggaard & Brinkmann 2015b). Dette indebærer bl.a., at forskeren via en refleksiv analyse aktivt forholder sig til sin position i feltet, herunder egne karakteristika med indflydelse på forskningsprocessen, såsom køn eller alder (Poulsen et al. 2009). I forhold til specialegruppens position, kan der knyttes nogle overvejelser til det forhold der opstod mellem interviewer og forældrene i interviewsituationen. Som tidligere fremskrevet, blev forældrene informeret om, at gruppen ville stå for forfriskninger til interviewene. På trods af dette, tilbød flere af forældrene forfriskninger såsom kaffe eller te, hvortil specialegruppens rolle findes relevant at diskutere. På den ene side kan den forudbestemte rolle, bevirke at forældrenes mulighed for at være værter i eget hjem herved i en grad blev reduceret. På den anden side, anses denne tilgang som fordelagtig, med afsæt i herved at udvise bevidsthed om ikke at pålægge de nybagte forældre en større byrde ved at skulle deltage og samtidig være værter. Derved kan dette ses som en væsentlig refleksiv forholden til specialegruppens samlede position, men ligeledes en bevidsthed om de tildelte roller som interviewer og observatør. I forhold til hvert gruppemedlems forhold og rolle til specialets emne ligger der ligeledes her elementer, der findes relevante at forholde sig refleksivt til. Som fremskrevet i afsnit 4.2.3.1 Specialegruppens forforståelse, har hvert gruppemedlem forholdt sig til egen forforståelse om specialets emne.

I præsentationen af specialets analyse er der anvendt citater til at underbygge fortolkningen, hvilket vurderes at øge transparensen ved at give læseren mulighed for at vurdere tolkningerne gennem eksempler fra empirien. Herved er de udvalgte citater fra empirien anvendt, for at øge transparensen, ved at give illustrative eksempler på specialets analyse og baggrunden herfor. Som det fremgår, har der været et ønske om en balanceret tilgang i spørgsmålet om børnevaccination.

På trods af dette, fremhæver Poulsen et.al. (2009), at det centrale for kvalitativ forskning er, at forskeren eller den forskning der udføres, aldrig kan være af neutral karakter (Poulsen et al. 2009). På den ene side har specialegruppen tilstræbt ikke at have en normativ tilgang til specialets problemfelt for at bibeholde en åben tilgang til emnet. Dette med afsæt i, at det ikke har været ønskværdigt at tage stilling til spørgsmålet om børnevaccination, da fokus har været på brugerinddragelsesaspektet. Omvendt kan specialets formål med at have et forandringssigte, vurderes som værende ikke neutralt orienteret. Specialegruppen har med inspiration fra Dahlager og Fredslund (2007) forholdt sig reflektivt til egen forforståelse, ved fælles refleksioner og derved udfordret hinandens forforståelse. Endnu et redskab til dokumentation af forforståelsens udvikling, er at skrive logbog over hvordan eksempelvis et møde med feltet eller et vejledermøde har udviklet denne (Dahlager & Fredslund 2007). Dette redskab er anvendt, ved ugeligt at nedfælde tanker og refleksioner, for netop at udvise bevidsthed for den eksisterende forforståelse. Denne proces vurderes at have bidraget med en øget bevidsthed angående forforståelsen og i hvilke situationer denne specielt har udviklet sig, så som til statusseminaret hvor ligesindede udfordrede det skriftlige materiale, i mødet med den ledende sundhedsplejerske i kommunen og forældrene. Derved synes specialegruppen at have udvist en refleksiv bevidst forholden sig til medlemmernes forforståelse.

Som første led i udarbejdelsen af dette speciale, er der udarbejdet flere litteratursøgninger, for at specialegruppen kunne tilegne sig en forhåndsviden om emnet med formålet at identificere et videnshul. Som nævnt, er den anvendte interviewguide udarbejdet på baggrund af en litteraturanalyse, hvor udformningen heraf har været inspireret af en kvalitativ indholdsanalyse. Herved kan det diskuteres om denne tilgang har været fordelagtig i forhold til at lade sig inspirere af eksisterende litteratur. På den ene side har kodning og kategorisering i eksisterende litteratur bevirket, at andre relevante perspektiver potentielt er blevet overset. På den anden side, kan det ses ud fra et perspektiv fremlagt af Tanggaard og Brinkmann (2015), om at forudgående gennemgang af eksisterende litteratur på det undersøgte forskningsområde, kan klarlægge relevante emner, som kan belyses i interviewene (Tanggaard & Brinkmann 2015a). Dette perspektiv understøttes ligeledes af Kvale & Brinkmann (2009) som beskriver at tematisering af en interviewundersøgelse forudsætter viden om emnet, der undersøges, for at kunne stille spørgsmål og derigennem skabe ny viden (Kvale & Brinkmann 2009).

6.1.5 Diskussion af litteratursøgning

Som et led i udarbejdelse af specialet er den indledende og systematiske litteratursøgning anvendt i flere faser af forskningsprocessen. Herved findes det relevant at forholde sig reflektivt og diskuterende til litteratursøgningsprocessen.

Som fremskrevet i afsnit 4.1.1 Indledende søgning, er der indledningsvist udarbejdet en åben litteratursøgning med det formål at indkredse problemfeltet. Den systematiske søgning blev udarbejdet med inspiration fra en facetsøgningsprocedure. Denne facetsøgning blev opbygget af fire facetter, fremkommet ved opsplitning af problemformuleringen, hvortil det kan diskuteres om dette har medvirket til en for snæver søgning, med risiko for at overse relevant litteratur på området. Hvis der ses på at søgningen efter første udvælgelse samlet resulterede i 152 hits, må det dog formodes at en søgning med færre facetter havde resulteret i en mere åben søgning, men samtidig en risiko for at søgningen inkluderede irrelevant litteratur. Som beskrevet, blev den systematiske søgning fundamentet for at udarbejde specialets interviewguide. Denne tilgang anses som anvendelig til at spørge ind til relevante fokusområder i interviewet og derved minimere risikoen for at spørge ind til emner, som ellers ville blive overset.

I forhold til facetternes indhold af udvalgte søgetermer, er der heri søgt med kontrollede søgetermer, fritekst samt trunkering. Ifølge Stenbæk og Jensen (2007) kan brug af kontrollede emneord kombineret med trunkeket fritekst søgning øge muligheden for at relevante studier findes (Stenbæk & Jensen 2007). Som udgangspunkt, vurderes fritekstsøgningerne koblet med de kontrollede søgetermer at have bidraget til at bevare en åbenhed. Dog kan det herved diskuteres om en trunkering af "Consent" ville have bidraget til en udvidet søgning, for derved at opnå flere søgeresultater.

Specialets litteratursøgninger er blevet udført i seks forskellige sundhedsvidenskabelige databaser, som alle vurderes anvendelige. På trods af databasernes relevans, kan det diskuteres om enten Embase eller PubMed kunne undlades, da mange af de samme studier fremkom i disse databaser. Omvendt vurderes begge databaser relevante for specialets problemformulering, hvorfor disse anses som et supplement til resultater i de øvrige databaser. Med afsæt i ovenstående vurderes den samlede validitet af litteratursøgningsprocessen som tilstrækkelig, da de udvalgte videnskabelige studier har udvist relevans for besvarelsen af specialets problemformulering. Flere af de udvalgte studier, blev dog vurderet til at være af lav metodologisk kvalitet, hvilket vidner om, at der ikke findes meget evidens på området, hvilket synes at indikere et aktuelt videnshul.

I søgeprocessen har specialegruppens tre medlemmer deltaget i alle dele af søgeprocessen, hvoraf fordele og ulemper kan diskuteres. På den ene side kan det diskuteres om en søgning og udvælgelse af litteratur altid vil være præget af en subjektiv vurdering, hvor mulighederne for en ens tilgang ikke vurderes muligt i praksis. På den anden side har gruppen forinden søgning og udvælgelse, arbejdet ud fra en fælles søgnings- og udvælgelsesprocedure, som netop vurderes til at have taget hensyn til dette og derved minimere subjektive og forskelligartede søgninger for således at sikre stringens. En grundig planlægning af søgningen

samt beskrivelse af hvordan der er søgt, er vigtig for at sikre konsistens og transparens samt mulighed for at foretage søgningen igen (Stenbæk & Jensen 2007). Formålet med en fælles søgeprocedure, såsom at udelade facet 3 "Child" ved under 50 hits, blev anset som anvendelig for at bevare en åben søgestrategi, men samtidig sikre konsistens og transparens. For at opnå kravet om reliabilitet og dermed reproducerbarhed, er søgehistorik og facetskemaet indsat i et søgebilag. Det samlede søgebilag kan læses i bilag 1.

6.2 Diskussion af teori

I det følgende afsnit vil anvendelse af teoretiske begreber i analysen og fortolkningen af empirien, blive diskuteret, herunder teoriernes styrker og svagheder samt begrebernes anvendelighed i forhold til specialets problemfelt.

6.2.1 Niklas Luhmann – kommunikation, tillid og risiko

Dele af den tyske sociolog Niklas Luhmanns systemteori (Luhmann 1999, 2000, 2003), er som nævnt i afsnit 5.2.1 Niklas Luhmann, valgt som hovedteori til brug ved analyse og fortolkning af empiri. Begreberne: Kommunikation, tillid og risiko er udvalgt fra teorien, da det via problemanalysen og trin to til tre i den empiriske analyse fremgik, at disse begreber var centrale relateret til forældres ønsker og behov for information i forbindelse med vaccination af deres barn, hvorved begreberne kunne anvendes som led i besvarelse af projektets problemformulering. Disse begreber blev valgt til brug ved analyse og fortolkning, velvidende, at denne udvælgelse på den ene side gjorde det muligt, at rette et særligt fokus på betydningen af kommunikation, tillid og risiko i forbindelse med forældrenes beslutningstagning om vaccination og informationsbehov relateret hertil, for herved at udvide specialegruppens horisont og opnå en grundig og uddybende forståelse af dette (Dahlager & Fredslund 2007). På den anden side betød en udelukkelse af andre perspektiver som andre begreber kunne bidrage med (Dahlager & Fredslund 2007), herunder andre dele af Luhmanns systemteori, en udelukkelse fra at se andre perspektiver, som bredere anvendelse af Luhmanns teori vurderes at kunne bidrage med.

Specialegruppens deltagere er vidende om, at professor i sociologi Ulrich Beck i 1986 i bogen "Risikosamfundet" (1997) fremlagde et risikobegreb (Beck 1997), som kunne have været anvendt til analyse af empiri. Imidlertid opererer Beck ud fra en antagelse om, at verden kan anskues i et lys af sikkerhed/risiko, hvori ligger, at sikkerhed findes (Beck 1997). Luhmann påpeger derimod, at der ikke findes sikkerhed for, at en given risiko ikke vil medføre ulemper i fremtiden (Kneer & Nassehi 1997). Luhmann ser således sondringen mellem sikkerhed/risiko som værende en falsk illusion om, at de rigtige beslutninger eller handlinger kan give sikkerhed for, at der ikke løbes en risiko (Luhmann 2003; Kneer & Nassehi 1997). Med andre ord vil det sige, at Luhmann påpeger, at der ikke findes en garanti for sikkerhed, hvorfor han

sondrer mellem risiko/farer. Da Luhmanns sondring harmonerer med måden, hvorpå det via empirien sås, at forældrene sondrede, blev Luhmanns risikobegreb fundet at være mere anvendeligt end Becks. Ud fra at Luhmanns risikobegreb blev valgt, blev det samtidig fundet relevant, også at anvende Luhmanns kommunikations- og tillidsbegreber, velvidende, at også andre teoretikere er fremkommet med tillidsbegreber, bl.a. den engelske sociolog Anthony Giddens. Idet Giddens (1994) på samme måde som Luhmann skelner mellem tillid til personer, og tillid til systemer, af Giddens henholdsvis kaldet "ansigt-til-ansigt forpligtelser" og "ansigtsløse forpligtelser" (Giddens 1994) kan det diskuteres, om Giddens begreber kunne have været mere velegnede. Dog arbejder Luhmann i modsætning til Giddens med tillidens funktion, idet han som nævnt ser tillid som middel til at reducere social kompleksitet (Luhmann 1999), hvorved det vurderes at hans tillidsbegreb er velegnet til analyse af specialets empiri, idet begrebet konkretiseres og derved bliver begrebets anvendelse i analysen mere konkret. Giddens opererer derimod med et begreb, kaldet "ontologisk" sikkerhed, som har betydning for den enkeltes mulighed for at opnå tillid (Giddens 1994). Ontologisk sikkerhed betegnes af Giddens som et følelsesmæssigt fænomen, hos den enkelte, grundlagt i barndommen (Giddens 1994). Dermed betyder Giddens anvendelse af begrebet ontologisk sikkerhed, at tillid i hans optik, kan anses som et delvist individualiseret anliggende, i modsætning til hos Luhmann, hvor tillid skabes gennem en interaktion i det sociale system, mellem psykiske systemer og andre systemer (Luhmann 1999). Dette synes yderligere at tale for Luhmanns tillidsbegreb som værende mest anvendeligt til analyse og fortolkning af nærværende speciales empiri, da det ikke har været muligt at vurdere forældrenes individuelle forudsætninger for tillidsskabelse.

6.2.2 Thomas Breck – risikokommunikation og de tre idealtyper

Som tidligere nævnt er Thomas Brecks teori i den empiriske analyse anvendt til at opnå en dybdegående forståelse og fortolkning af forældrenes oplevelse og behov, relateret til de kommunikationsformer, der anvendes ved informationsgivning i forhold til børnevaccinationsprogrammet. På den ene side kan Brecks begreb om risikokommunikation ses som overflødig i forhold til den valgte anvendelse af tre teoretikere, når Luhmanns risikobegreb og kommunikationsbegreb ligeledes anvendes. På den anden side vurderes det, at Brecks idealtyper om risikokommunikation er mere konkrete end Luhmanns teorier, idet Breck fremkommer med konkrete eksempler på, hvad de forskellige idealtyper af risikokommunikation indeholder. Derfor kan Brecks idealtyper af risikokommunikation anvendes til konkret at fremanalysere, hvilke kommunikationsformer forældrene efterlyser, samt hvilke kommunikationsformer, der med fordel kan ligge i et forandringsperspektiv. Dermed vurderes Luhmanns og Brecks teorier at kunne supplere hinanden og dermed begge relevante for analysen.

I forhold til Brecks tre idealtyper af kommunikation, fremhæver han, at der ikke er en type der er bedre end en anden. Alligevel tyder det på, at han fremhæver idealet om dialog, som funderet på en konstruktivistisk videnskabelig opfattelse af risiko, idet han konkluderer, at der pga. de mange potentielle risici i det moderne samfund, stilles nye krav til myndighedernes måde at kommunikere med involverede aktører om risiko på, hvori der fokuseres på åbenhed og dialog, om både videnskabelige og etiske vinkler af risici (Breck 2001, p.74), hvilket kan anses som noget der ligner en normativ tilgang. Sammenholdt med ovenstående vurderes Brecks tre idealtyper overordnet som anvendelige i specialets analyse og fortolkning.

6.2.3 Sherry R. Arnstein - deltagerstigen

Sherry Arnsteins teori om brugerinddragelse er oprindelig udviklet til inddragelse af borgere i demokratiske organisationer og politiske aktiviteter (Arnstein 1989). Teorien er valgt ud fra den betragtning, at det er relevant at se konkret på hvilket niveau af inddragelse forældrene ønsker i forhold til beslutningstagningen af børnevaccinationsprogrammet, relateret til det eksisterende inddragelsesniveau, idet det derved findes mere håndgribeligt at fokusere og klarlægge behovet for forandring af nuværende praksis. Specialets fokus for forandring kan, kva problemformuleringen ses om værende på det danske sundhedssystem som en helhed i og med, at det er myndighedernes ansvar, at informere forældre om vaccination, og ikke på en konkret organisation. Her kan anvendelsen af Arnsteins teori diskuteres, i forhold til, hvorvidt den kan overføres til denne mere uafgrænsede kontekst. Dog er et af specialets konkrete forandringsforslag rettet mod Sundhedsstyrelsen, hvis overordnede formål er at arbejde for danskernes sundhed hvorved den kan anses som en organisation, idet en organisation bl.a. er defineret ved at arbejde mod et fælles mål (Jacobsen & Thorsvik 2013). Ved at sammenholde brugerinddragelsesbegrebet i sundhedsvæsenet, hvis ideal bygger på en forandring i opfattelser mellem magt og ansvar (Jønsson et al. 2015) og specialets kontekst, der retter sig mod forældres oplevelse af sundhedsvæsenets inddragelse i beslutningstagningen, synes dette derved at bekræfte teoriens relevans. I forhold til teoriens anvendelighed, kan dens begrænsninger herved diskuteres. I den empiriske analyse er teorien anvendt til at fremanalysere et indtryk af det overordnede oplevede inddragelsesniveau, hvorfor teorien derved ikke har bidraget med en dybdegående forståelse for inddragelsesniveauet. Omvendt vurderes teorien som relevant og anvendelig, for at opnå et billede af hvilket inddragelsesniveau der er ønskværdigt for forældrene og samtidig det niveau, der reelt eksisterer i praksis for at kunne forme et forandringstiltag.

Overordnet set kan det diskuteres, hvorvidt det har været hensigtsmæssigt at inddrage tre forskellige teorier til analyse og fortolkning af empiri. Det kan antages, at det ville have været muligt at foretage en mere dybdegående analyse og fortolkning af empiri, hvis færre teoretiske begreber havde været anvendt. Imidlertid blev det fundet, at teorierne kunne supplere hinanden, således at de hver især bidrog til at

fokuserer de spørgsmål, der blev stillet til de transskriberede interview. Ifølge Dahlager og Fredslund (2007), kan teorier ved at supplere hinanden, bidrage til en nuancering i den teoretiske anvendelse og fortolkning af empiri som medvirkende til en udvidelse af den skabte forståelseshorisont (Dahlager & Fredslund 2007), hvilket vurderes at være tilfældet i nærværende speciale. Således vurderes det, at alle tre ovennævnte teorier har bidraget med relevante teoretiske perspektiver til udførelse af den empiriske analyse og fortolkning og til *teoritriangulering*, som fremskrevet i afsnit 6.1.1 Troværdighed.

6.3 Diskussion af resultater

6.3.1 Italesættelse og erfaringsudveksling; opnåelse af risikobevindstthed

Som det fremgår i analysen, fremhæves erfaringsudveksling som kodeordet for at skabe italesættelse og sparring blandt forældrene som et centralt led i beslutningsprocessen. På trods af at erfaringsudvekslingen findes relevant, fremgår der en skillelinje mellem hvem forældrene finder relevante at tale børnevaccination med, hvor der her skelnes mellem det omkringliggende netværk og ligesindede forældre på en forældreuddannelse. I relation til forældrenes omkringliggende netværk, fremgår familiemedlemmer som en potentiel sparringspartner, men hvor der ses en tendens til at det ikke er alle forældre der anser venner og familie som førstevalget i drøftelsen af vaccination. Dette perspektiv synes at stå i modsætning til hvad studiet af Ziebland & Herxheimer konkluderer, da de deltagende mødre i studiet angav at vaccination var et stort samtaleemne i deres vennekreds (Ziebland & Herxheimer 2008). Sammenholdt med at over 60% af de deltagende forældre i studiet af Petts & Niemeyer (2004) anså venner og familie som vigtige informationskilder (Petts & Niemeyer 2004), synes der her at være differentierede perspektiver på italesættelsen, set i forhold til specialets resultater. Ifølge Dubé et al. (2016) fremhæves det derimod at erfaringsudveksling med det omkringliggende netværk hyppigere anvendes af forældre, som besidder bekymringer og/eller tvivl relateret til beslutningstagning om vaccination (Dubé et al. 2016). Der ses derved differentierede oplevelser blandt forældre om italesættelse af emnet med det omkringliggende netværk. På den ene side kan det diskuteres om de deltagende forældrene i nærværende speciale ikke besad bekymring eller tvivl i deres valg og derved ikke havde behov for inddragelse af netværket, eller om det på den anden side for nogle forældre anses som et sårbart samtaleemne at drøfte med de nærmeste, hvorfor dette ikke fremgår som et førstevalg.

I takt med at den offentlige danske sundhedsdebat i de seneste år har sat et yderligere fokus på forældres ansvar (Søgaard & Knattrup 2015), kan det herved diskuteres om en yderligere italesættelse af emnet, vil kunne gøre dette til et mere naturligt samtaleemne. Sammenholdt med at forældre føler, de bærer et

individuel ansvar i beslutningstagningen (Rygg 2016), og der samtidig skabes en øget befolkningsmæssig opmærksomhed herpå, kan det herved diskuteres om dette samlet set kan medvirke til at forældre oplever et øget pres relateret til deres beslutningstagning. Specialet finder, at baggrunden for forældres refleksive beslutningstagen synes at blive hæmmet af at vaccination anses som et sårbart og privat emne. Ud fra den betragtning at børnevaccinationsprogrammet er opsat som et sundhedstilbud baseret på et frit valg, kan det undre at der ikke opleves en mere faciliteret italesættelse af emnet. Dette aspekt kan diskuteres ud fra den danske evaluering af forebyggende børneundersøgelser (2007), hvoraf det fremgår at en mindre andel af forældre foretrak at blive mindst mulig involveret i dette valg (Ishøy Michelsen et al. 2007), hvorfor det tilsyneladende ikke er alle forældre, der i lige høj grad har behov for dette oplysningsgrundlag.

På baggrund af nærværende speciales analyse, er det fremkommet at forældreuddannelsen, bl.a. på baggrund af de rammer som forældrene oplevede, eksempelvis den tillid der er på holdet, kan anses som et forum hvor børnevaccination kan implementeres som et emne, der berøres. Som det fremgår i analysens resultater, forudsætter italesættelse af vaccination åbenhed og tillid. Her kan det formodes at der potentielt kan forekomme hold, hvorpå der ikke er den samme tillid og rummelighed som de deltagende forældre oplevede, i og med der i dette speciale kun interviewes forældre fra et begrænset antal hold. Eksempelvis viser resultaterne fra evalueringen af forældreuddannelsen "En god start sammen", at tillid fremgår som værende tilstede i relationerne mellem forældrene (Møller 2015), hvorfor dette kan understøtte forældreuddannelser som sociale fora til italesættelse af emnet vaccination. Det vurderes at dette tiltag kun vil favne førstegangsførelse, som er tilknyttet en forældreuddannelse, hvilket betyder at nogle forældre ikke inkluderes, bl.a. flergangsførelse og dette ses som en begrænsning for tiltaget. Der ses endvidere en begrænsning i at forældreuddannelser som sundhedstilbud udbydes forskelligt, afhængig af den enkelte kommune (Sundhedsstyrelsen 2008) og derved ikke findes ensartet, eller udbredt til alle kommuner. På den anden side vurderes der også at være styrker ved at medtænke et emne om vaccination på forældreuddannelser fremadrettet. En styrke vurderes bl.a. at ligge i at formålet med uddannelsen til dels er, at ressourcetsvage forældre inkluderes sammen med ressourcestærke forældre, hvor filosofien bag er, at de ressourcestærke kan støtte og hjælpe de mindre ressourcestærke (Kovsted & Jacobsen 2012). Herved vurderes det at forældreuddannelsen favner bredt, hvor der er potentiale for at informationen og erfaringsudvekslingen, favner forældre på tværs af socialgrupper.

I nærværende speciale findes det, at forældrene ikke selv har søgt information, bl.a. pga., at der er mange andre emner, der fylder for en førstegangsførelse og det kan ses som en barriere, hvis informationssøgningen kræver aktiv handling af forældrene. Studiet af Austvoll-Dalgren & Helseth (2010) konkluderer netop, at der ses et behov for at rette fokus mod forældre til nyfødte børn, da denne forældregruppe kan være sårbare og overbelastet af information om forskellige emner.

Derved foreslås der i studiet for at imødekomme dette, en anbefaling om at forældre modtager klare informationer omkring deres rettigheder og ansvar (Austvoll-Dahlgren & Helseth 2010). Yderligere bliver det essentielt at forandringstiltag, som skal lede til forbedringer, skal inkludere et forum som førstegangsførelse i forvejen er tilknyttet. Dette med afsæt i at der i analysen fremhæves perspektivet om, at det forudgående kendskab til hinanden og dermed tilliden har en betydelig indflydelse på, at forældrene føler tryghed i at italesætte og drøfte vaccination som et emne på forældreuddannelsen. Dermed vil et emne om børnevaccination med fordel kunne anbefales på danske forældreuddannelser.

6.3.2 Uforudsigeligt; hvornår, hvor og hvem?

Forældrene i nærværende undersøgelse oplever en uforudsigelighed i hvor, hvornår og af hvem de kan forvente at modtage information omkring vaccinerne. Dette perspektiv synes at blive understøttet af et longitudinelt studie af Weiner et al. (2015), idet 70% af gravide kvinder i andet trimester herved angav at de ikke var bekendte med vaccinationstidspunkterne (Weiner et al. 2015). Dog kan det diskuteres, hvor overførbar konteksten for dette studie er i forhold til nærværende speciales idet de, i specialet inkluderede forældre, alle var på den anden side af fødslen og derved potentielt mere oplyste. Resultaterne fra nærværende speciale viser, at information inden vaccinationstidspunktet for den første vaccine, ved barnets tre måneder, anses som essentielt for udviklingen af en reflekteret beslutningstagning. Dette understøttes af det kvalitative studie af Austin (2001), som fandt at det var essentielt for forældrene at informationen blev givet i ugerne op til vaccinationstidspunktet, for at forældrene var modtagelige for informationerne (Austin 2001). På denne baggrund vurderes det at resultaterne rækker ud over specialets empiri, hvilket bekræfter et forandringsperspektiv, som retter sig mod at informationen gives inden første vaccinationstidspunkt. Der fremhæves i nærværende analyses resultater, at de fleste af de forældre, som havde været ved femugers undersøgelse hos deres egen læge, oplevede at de ikke var blevet informeret omkring vaccination af lægen ved denne undersøgelse. Derved viser empirien en tendens til en uforudsigelighed, der tyder på at der arbejdes ud fra forskellige procedure til udlevering af skriftligt materiale. Denne tendens kan undre, da det ifølge "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" anbefales at forældre informeres om børnevaccinationsprogrammet på netop dette tidspunkt, hvor det samtidig anbefales at pjecen udleveres (Sundhedsstyrelsen 2011; Ishøy Michelsen et al. 2007). Denne tendens understøttes yderligere af Ishøy Michelsens evaluering, der på baggrund af et survey konkluderer, at kun halvdelen af de 920 deltagende forældre var blevet orienteret om børnevacciner ved denne undersøgelse (Ishøy Michelsen et al. 2007). Selvom den generelle tendens i nærværende speciale er, at forældrene ikke har fået udleveret pjecen ved femugers undersøgelsen, angiver en forælder at have modtaget et link dertil og en forælder at have fået den udleveret, dog uden yderligere information som supplement til det skriftlige.

På baggrund af det lave antal forældre i nærværende speciale kan det ikke herudfra konkluderes hvordan tendensen er generelt i Danmark, men det indikerer at der kan komme yderligere fokus på dette. Denne tendens kan ligeledes sættes i relation til resultaterne af evalueringen fra 2007, hvor blot 7 % af forældrene angiver at have modtaget pjecen ved 5-ugersundersøgelsen (Ishøj Michelsen et al. 2007). Det kan hertil diskuteres om dette indikerer, at der i perioden fra 2007 og til udførelsen af nærværende kandidatspeciale tilsyneladende ikke er sket en stor forandring på området, hvorfor dette indikerer et nuværende behov for forandring. Specialegruppen har hverken ved indledende søgning, systematisk søgning eller kædesøgning fundet litteratur der indikerer, at der er udarbejdet nogle forandringer af informationsgrundlaget på basis af denne evaluering, hvilket styrker relevansen af nærværende speciale. At forældrene mangler en forudsigelighed, kan ud fra analysens resultater betyde at brugerinddragelse niveauet aktuelt ses at være lavt. Dette kan ses som problematisk i forhold til at opnå en brugerorienteret tilgang, som flere regioner arbejder for at opnå inden udgangen af 2018 (Region Sjælland 2015; Region Nordjylland 2015; Region Syddanmark 2015). Et norsk studie (2010) giver et forslag til hvordan sundhedsmyndighederne kan få forældre mere aktivt ind i beslutningsprocessen. Studiet foreslår som ændring til eksisterende praksis, at der udarbejdes og anvendes standardiserede tjeklister, der kan sikre at forældre modtager informationer fra en sundhedsprofessionel om emnet (Austvoll-Dahlgren & Helseth 2010). Dette synes at indikere et behov for at information vedrørende børnevacciner hos de respektive ansvarlige myndigheder, hvor standardiserede redskaber for informationsformidling til forældre yderligere kan komme i fokus. Yderligere kan der med fordel tages afsæt i nærværende speciales resultater som baggrund for at udvikle og forandre elementer i børnevaccinationsprogrammet, for at målrette dette til at stemme overens med Sundhedsstyrelsens definition af brugerinddragelse, der indbefatter at sundhedstilbuddet tilpasses borgerens perspektiv, viden, holdninger og behov for netop at opnå medindflydelse på udviklingen af tilbuddet (Sundhedsstyrelsen 2013c, p.3). Dermed vurderes det, at tvivl om hvor og hvornår informationer omkring vaccination kan forventes, rækker ud over specialets empiri. Dog findes det ikke, at der nuværende er sufficient evidens på området til at anbefale implementering af tiltag angående dette. Der er her brug for mere forskning på området.

Når det kommer til udlevering af Sundhedsstyrelsens pjece "Børnevaccinationsprogrammet i Danmark 2015" viser nærværende speciale og "Evalueringen af forebyggende børneundersøgelser i almen praksis" (2007) samme tendens. Derved tyder det på, at øget fokus på standardisering af udlevering af skriftligt materiale kan være relevant at medtænke i et forandringsspektiv.

6.3.2 Tillidsskabelse og betydningen heraf - opveje fordele op imod bivirkninger

Som en forudsætning for forældres beslutningstagning fremgår det af analysens resultater, at størstedelen af forældrene både besidder system- og personlig tillid. I relation til den personlige tillid fremhæves sundhedsplejersken som den aktør forældrene har mest tillid til. Dette perspektiv kan understøttes af Petts & Niemeyer (2004) som netop også fremhæver, at sundhedsplejersken adskiller sig fra den praktiserende læge, da denne faggruppe blev anset som en specielt god og anvendelig oplysnings- og informationskilde. Hertil finder studiet at tillid generelt kan anses som en vigtig faktor med indflydelse på information og rådgivning (Petts & Niemeyer 2004). Sammenholdt med at alle danske forældre tilbydes rutinemæssigt hjemmebesøg af en sundhedsplejerske i de første leveår, som et led i de kommunale sundhedstilbud (Dansk Sygeplejeråd 2010), må dette formodes at kunne forklare analysens resultater i forhold til at sundhedsplejerskens rolle har en essentiel betydning, for at opnå personlig tillid. Herved kan der fremargumenteres, at der i fremtidige forandringer kan medtænkes et fokus på en tillidsfuld relation, hvor i sundhedsplejersken er en central aktør for forældrene. Selvom den personlige tillid dermed fremstår stærkt i sin betydning, fremgår det også i analysens resultater at der eksisterer en forventning om at forældre kan føle sig sikre og have tillid til de oplysninger og informationer som de får fra sundhedsmyndighederne. På trods af systemtillidens tilstedeværelse, blev HPV-vaccinens omtalte bivirkninger fremhævet som et eksempel på hvornår tilliden kan blive truet, da der fra forældrene fremstår en klar forventning om at der informeres om bivirkninger, hvorfor der her blev efterspurgt et større fremlagt videns grundlag for denne vaccine. Dette perspektiv understøttes af forældres oplevelse med, at uvidenhed og oplevelsen af manglende oplysninger om HPV-vaccinens bivirkninger, har resulteret i en reduceret tillidsskabelse af systemtilliden til Sundhedsstyrelsen (Pedersen & Svansø 2015). Herved kan det diskuteres, om disse underliggende faktorer i takt med samfundsudviklingen og mediernes påvirkning, kan bevirke at mistillid kan få en større grobund i henhold til børnevaccinationsprogrammet. For at forebygge at mistillid opstår, kan det tænkes at alternative strategier for informationsformidling vil være anvendelige, idet indførsel af ny vaccine ifølge Leask, Braunack-Mayer & Kerridge (2011) forudsætter, at forældre forsynes med opdaterede og tilstrækkelige oplysninger om risici og fordele herved (Leask, Braunack-Mayer & Kerridge 2011). Dette underbygges af et review, der pointerer at forældre i forbindelse med introduktion til en ny vaccine kan have behov for informationer og uddannelse omkring risici gældende denne (Sturm, Mays & Zimet 2005). Dette indikerer at der som forandring ved fremtidig introduktion af nye vacciner af sundhedsmyndighederne med fordel kan lægges øget fokus på information i forhold til risici og inddragelse af forældre, der skal træffe et valg på vegne af deres barn. Gennem analysen fremhæves det, at forældres bekymringer om eventuelle bivirkninger er opstået på baggrund af en øget medieomtale. I et kvalitativt studie af Petts & Niemeyer (2004) fremhæves et lignende perspektiv, hvor medierne blev anset som en

katalysator for at skabe bekymringer hos forældre om MFR-vaccinen, hvilket skabte tvivl hos forældrene om, hvorvidt de oplysninger sundhedsvæsenet havde udlagt var troværdige (Petts & Niemeyer 2004). Herudfra synes samme mønster at fremgå af resultaterne i nærværende speciale. Det kan dog diskuteres, om der er forskel på de bekymringer forældre oplever omkring HPV- og MFR-vaccinen. På den ene side vurderes der at være flere ligheder mellem de udlagte bekymringer, men hvor de på den anden side vurderes at være forskellige fra hinanden i det lys at HPV-gives til ældre børn. Denne undren kan begrundes ud fra et perspektiv om, at beslutningstagning, relateret til børnevacciner, ikke er konstant (Glanz, Kraus & Daley 2015), men kontekst specifikt, hvor tvivl og bekymring kan afhænge af vacciners forskellighed (Salmon et al. 2015). Derfor synes dette at vidne om, at på trods af, at der eksisterer en gennemgående tillid på flere niveauer, findes der underliggende faktorer, der kan true den eksisterende tillid.

Gilson (2003) belyser at sundhedssystemets effektivitet er afhængig af befolkningens tillid og at tillid til sundhedssystemet kædes sammen med tilliden til staten, da denne spiller en central rolle i sundhedssystemet (Gilson 2003). På trods af, at den danske befolkning i 2014 var den befolkningsgruppe i EU med højest tillidsniveau til de regionale og kommunale myndigheder (Kommunernes Landsforening 2014), formodes den voksende folkesundhedsmæssige debat og det stigende informationsbehov hos forældre at kunne udfordre denne statistik på sigt. Davis et al. (2006) fremhæver netop, at unøjagtige eller begrænsede oplysninger om vaccination kan medføre at forældres tillid til vaccinationers indhold og formål kan blive overset og påvirke beslutningstagningen (Davis et al. 2006). Derved kan der argumenteres for, at et større oplysningsgrundlag fra Sundhedsstyrelsens side om bivirkninger ved vaccinerne kan bidrage til langsigtede gevinster både for forældre og samfund på sigt, da tillid derved vil blive opnået på flere niveauer. Omvendt fremhæver et australsk studie fra 2011 et perspektiv om at informationsoplysning, der er opdateret ligeledes udfordrer sundhedsvæsenet. Studiet fremhæver at sundhedsprofessionelle også kæmper med videnskabelig usikkerhed på nogle områder, hvor årsagssammenhænge i nogle tilfælde er svære at fastslå. Det fremhæves endvidere at dette kan udfordre den balance, der ligger i at udlægge tilgængelig viden for forældrene, samtidig med at sundhedsmyndighederne selv skal være opdateret (Leask, Braunack-Mayer & Kerridge 2011). Dette perspektiv synes at indikere et behov for prioritering af at fokusere på og vedholde tillidsskabelse relateret til børnevaccinationsprogrammet, idet både personlig og systemtillid kan bidrage til korte- og langsigtede gevinster på individ og samfunds niveau.

6.3.3 Italesættelse af vaccinationsvalget

Det fremgår af analysens resultater, at ikke alle forældre er opmærksomme på, at vaccinationsprogrammet bygger på frivillighed og at det er et valg der skal tages. Dette findes interessant, da børnevaccinationsprogrammet udbydes som et sundhedstilbud (Sundhedsstyrelsen 2014), hvor

beslutningstagningen er baseret på et frit grundlag. Den samme tendens findes i studiet af Dahlgren & Helseth (Leask, Braunack-Mayer & Kerridge 2011) (2010) som derfor anbefaler, at der kan sættes et yderligere fokus på forældres rettigheder i forhold til beslutningstagning for at fremme denne (Austvoll-Dahlgren & Helseth 2010). Dette forandringsforslag vurderes at kunne overføres til en dansk kontekst på baggrund af specialets fund. Derfor synes det samlet set ud fra perspektivet om informeret samtykke at indikere, at der også i Danmark kan være behov for yderligere fokus på at vaccination er et valg, hvorfor dette vil være relevant at medtænke i et forandringsspektiv. Dette kan sættes i relation til perspektiver fra en australsk oversigtsartikel fra 2012 der konkluderer at for at sikre, at forældres autonomi i beslutningstagningen tilgodeses, forudsætter frivillig vaccination, at forældrene skal føle sig oplyst ved at modtage tilstrækkelig information (Kestenbaum & Feemster 2015). Dermed ses et forandringspotentiale i at lægge et yderligere fokus på at fremlægge og italesætte sundhedstilbuddet som baseret på et frivilligt grundlag, sammenholdt med information inden tilbud om første vaccination, for at det vil kunne medvirke til at forældre både vil kunne føle sig tilstrækkelig informeret og rettigheden om at beslutningstagningen skal være baseret på et oplyst valg vil blive opfyldt. Yderligere fremhæves vigtigheden i at lægge et øget fokus på information fra sundhedsmyndighederne ved introduktion af nye vacciner i forhold til risici og fordele samt inddragelse af forældre for at øge tilliden.

6.3.4 Forståelsen af pjecen favner ikke bredt

Resultaterne fra specialets interviewundersøgelse viser, at pjecens brug af fagtermer og udtryk er en barriere for forståelse og motivation for at læse pjecen. De deltagende forældre har et generelt højt uddannelsesniveau, som vurderes til at ligge over gennemsnittet i forhold til den generelle danske befolkning (Danmarks Statistik 2015). Derved kan det antages, at disse forældre har gode og måske bedre forudsætninger for at læse og forstå pjecen end andre førstegangsførelse, der ikke har samme uddannelsesmæssig baggrund. Under den antagelse vurderes det, at denne barriere for at opnå forståelse af pjecen, er mere omfangsrig end resultaterne af nærværende speciale kan indikere. Resultaterne fra et RCT-studie (1998) viser at selv det at forenkles sproget i skriftlige informationsmaterialer til et sjetteklassesniveau i sig selv ikke er tilstrækkeligt til at informere forældre og forberede dem til en drøftelse af vaccination med sundhedsprofessionelle (Davis et al. 1998). Herved kan der argumenteres for, at niveauet med fordel kan tilrettes et sjetteklassesniveau. Det fremhæves herved at denne tilgang ikke rammer alle befolkningsgrupper, men at visuelle aspekter derfor kan hjælpe til at målrette informationen bredere (Davis et al. 1998). Dette kan sættes i spil med specialets resultater, hvor det fremgår, at virkemidler fra reklameverdenen såsom visualisering med fordel kan medtænkes som en ændring af pjecen. Dette perspektiv kan understøttes af et litteraturstudie (1998), som finder at for at skriftlig information kan være et redskab til at informere om medicinsk behandling skal materialets indhold og

niveau være målrettet den tiltænkte målgruppe (Buck 1998). Set i forhold til, at Sundhedsstyrelsen selv fremhæver, at kommunikation på individniveau kan forbedres ved at anvende et forståeligt sprog, hvoraf en udvikling i hensigtsmæssig kommunikation omkring sundhed og sygdom anbefales (Sundhedsstyrelsen 2013b), synes dette at understøtte et forandringspotentiale. Foruden pjecens sprogbrug, fremgår omfanget af materialet på 20 sider som en væsentlig barriere for en forholder sig til pjecens indhold og formål, da mange sider kan bevirke, at forældres motivation for at læse det skriftlige informationsmateriale svækkes. I relation til dette finder det norske studie fra 2010, at der kan opstå flere barrierer for at forældre opsøger information. Bl.a. fremgår det, at en stor mængde tilgængelig information og herunder evnen til at forstå informationen kan udgøre en barriere (Austvoll-Dahlgren & Helseth 2010). Sammenholdt med, at analysens resultater viser, at både længde og forståelse kan udgøre en barriere for motivation, kan disse elementer ligeledes resultere i at forældre ikke selv opsøger information. I relation til skriftlig information foreslår Leask et.al. (2011), at informationen kan være tilgængelig på steder, hvor forældre kommer, såsom i venteværelser (Leask, Braunack-Mayer & Kerridge 2011).

Samlet set fremkommer forandringselementer til Sundhedsstyrelsens skriftlige pjece, herunder det niveau der anvendes i det skrevne sprog, samt pjecens længde. Et studie fra 2001 fremsætter forandringsforslag til hvorledes risikokommunikationen kan forbedres, herunder at trykte materialer kan forbedres ved et fokus på struktur og format (Sieghart 2001), hvilket tænkes at understøtte de samlede forandringselementer som fremanalyseret i specialets analyse. Som et supplement til det skriftlige materiale, viser et kvalitativt studie fra 2004, at video som informationskilde blev foretrukket af lidt under halvdelen af de 64 deltagerne forældre. Hertil finder studiet en tendens til at forældre af højere socioøkonomisk status ikke fandt stor interesse i video som informationskilde (Petts & Niemeyer 2004), hvilket understreger vigtigheden i at anvende forskellige informationskilder for at målrette informationen til forskellige forældregrupper. Nærværende speciale finder at skriftligt materiale kan være en faktor der giver mulighed for opnåelse af risikobevidsthed, men at denne form for kommunikation ikke kan stå alene da der her ikke er mulighed for at få afklaret tvivlsspørgsmål. Derfor er der set ud fra specialets resultater et behov for at skriftligt materiale bliver kombineret med mundtlig dialog med en sundhedsprofessionel. Da dette ikke er undersøgt eller fremgår af specialets resultater, vurderes det at et behov for yderligere forskning for at undersøge forældres oplevelse af video informationsmateriale i en dansk kontekst. Af ovenstående kan der herved udledes flere forandrings aspekter. Eksempelvis at skriftligt materiale med fordel kan være tilgængelig for forældrene på steder hvor de kommer, for eksempel ved den praktiserende læge. I forlængelse af dette, fremgår et forslag, som understøttes af eksisterende litteratur, om at Sundhedsstyrelsens pjeces benyttede sprog, længde og visuelle virkemidler kan tilpasses yderligere, således denne kan målrettes alle forældregrupper uanset social status.

6.3.5 Ønsket om balanceret information

I nærværende undersøgelse bliver det fremhævet at Sundhedsstyrelsens pjece

”Børnevaccinationsprogrammet i Danmark 2015” opleves som værende fortalere for vaccinen. Det kommer endvidere til udtryk, at forældrene ønsker information, der er balanceret og hverken taler for eller imod vaccination, som grundlag for deres stillingtagen. Tendensen til ønske om balanceret information findes lignende i et canadisk kvalitativt studie fra 2016, som viser, at vaccinations tvivlende mødre ytrer ønske om neutrale informationer som grundlag for deres stillingtagen (Dubé et al. 2016). I nærværende undersøgelse angiver forældrene at være afklaret med deres valg hvilket kan indikere at dette behov ikke er isoleret til forældre, der har tvivl omkring vaccinerne. Endvidere findes det i nærværende undersøgelse at forældrene ønsker at de sundhedsprofessionelle, de er i kontakt med, ikke faciliterer et bestemt valg frem for et andet. Dette understøttes af det norske kvalitative studie fra 2010, der konkluderer at det ikke findes hensigtsmæssigt at sundhedspersonale taler for et bestemt valg, men med fordel kan give balanceret information omkring fordele og ulemper af vaccinen (Austvoll-Dahlgren & Helseth 2010). Da studiet er udført i et andet skandinavisk land, findes resultaterne at kunne overføres til danske forhold. I forhold til at sundhedsbegrebet i dag ifølge Glasdam (2009) er mere individualistisk orienteret end tidligere, hvor sundhed er en subjektiv opfattelse og forebyggelse således er en individuel opfattelse (Glasdam 2009), tænkes dette at understøtte perspektivet om at forældre selv ønsker at træffe et valg ud fra egen sundhedsopfattelse. Set ud fra at studiet af Austvoll-Dahlgren & Helseth (2010) fremhæver, at de sundhedsprofessionelles talen for et bestemt valg sættes i relation til forældres tvivl på eget valg og egen rolle i beslutningstagningen, gives der herved forslag til forbedring af nuværende praksis, hvor sundhedsprofessionelle kan henvise forældre til troværdige sider på internettet, hvor de selv kan indhente information (Austvoll-Dahlgren & Helseth 2010). Relateret til Steen Wackerhausens teori om ægte og uægte mål (Wackerhausen 1994), kan det diskuteres, om en balanceret information yderligere ville nærme sig muligheden for at opstille ægte mål, idet de enkelte forældre herved selv kan foretage en afvejning af risici og fordele som grundlag for beslutningstagningen. Det kan herved udledes at ønsket og behovet om balanceret information rækker ud over nærværende speciales empiri og vurderes derfor som et element, der med fordel kan medtænkes i en forandring af nuværende praksis. Formidling af balanceret information vurderes at være relevant for både mundtlig og skriftlig information der formidles fra sundhedsmyndighederne eller repræsentanter herfra.

7. Forandringsperspektiv

I dette kapitel vil specialets forandringsperspektiver der er udledt på baggrund af analysen og diskussionsafsnittet, blive beskrevet og udfoldet. Først vil de overordnede anbefalinger blive opridset, efterfulgt af konkrete anbefalinger. Alle anbefalinger vil blive vurderet i forhold til yderligere forskningsbehov, med afsæt i en vurdering af eksisterende evidens på området.

Specialegruppens overvejelser i relation til anbefalinger af de fremkomne forandringsforslag tager afsæt i en forståelse fremført af Hansen og Wiuff (2007), hvoraf det fremgår, at der ikke eksisterer endegyldige planlægningsmodeller, idet en indsats skal passe ind i den kontekst, hvori implementering på sigt skal foregå (Hansen & Wiuff 2007), hvilket dermed også er gældende for specialets forandringsforslag, på trods af at ingen af nedenstående anbefalinger er klar til implementering.

7.1 Overordnede anbefalinger

Gennemgående fremgår tre overordnede forandringsperspektiver, som kort vil blive beskrevet i nedenstående punkter. Disse anbefalinger vil alle på baggrund af deres overordnede karakter anbefales medtænkt i de mere konkrete forandringsanbefalinger, for at indflette og medtænke alle aspekter af nye udviklingstiltag.

- **”Italesættelse af vaccinationsvalg”**: Første overordnede anbefaling, der er udledt af specialets resultater og som understøttes af eksisterende litteratur er, at der kan sættes yderligere fokus på italesættelse af vaccinationsbeslutningen som et valg. Denne anbefaling tænkes bl.a. at rette sig mod det sundhedspersonale, der møder forældre som står over for det konkrete valg.
- **”Balanceret information”**: Anden overordnede anbefaling, der er udledt af nærværende speciales resultater, er en formidling af balanceret information om emnet børnevaccination, både når det kommer til skriftlig og mundtlig information fra sundhedsmyndighederne og repræsentanter herfra. Med balanceret information menes, at både bivirkninger af børnevacciner og følgevirkninger af børnesygdomme fremlægges, med en ligelig vægtning.
- **”Tidlig information”**: Tredje overordnede anbefaling, der kan udledes ud fra specialets resultater sammenholdt med eksisterende litteratur, er at der kommer et yderligere fokus på at forældre modtager tidlig information om det danske børnevaccinationsprogram, dvs. inden stillingtagen til den første vaccine når barnet er tre måneder.

Ifølge Hansen og Wiuff (2007) er det vigtigt at være bevidst om hvilke interessenter der kan relateres til en indsats. Relevante interessenter kan variere alt efter indsatsens art, men kan eksempelvis være personer, som indsatsen retter sig imod, ansatte i institutioner, politikere eller myndigheder (Hansen & Wiuff 2007). Bevidsthed om hvorledes der tages hånd om interessenter, og afklaring af deres rolle i forbindelse med indførelse af indsatsen er af særlig betydning, for indsatsens succes (Hansen & Wiuff 2007). Gennemgående i specialets resultater samt i den fundne litteratur, er både den praktiserende læge og den kommunale sundhedspleje fremhævet som relevante aktører i forhold til informationsformidling til forældre. Nærværende anbefalinger foreslås derved at rette sig mod flere niveauer i sundhedsvæsenets struktur, herunder praksissektoren hvori de praktiserende læger agerer og samtidig de kommunale sundhedsordninger, der omfatter den kommunale sundhedspleje (Vallgård & Krasnik 2010). På baggrund af, at ovenstående tre anbefalinger ses som overordnede, findes disse relevante at medtænke i nedenstående konkrete forandringsperspektiver.

7.2 Konkrete forandringsforslag

7.2.1 Udlevering af skriftligt informationsmateriale

Det anbefales, at der sættes yderligere fokus på udlevering af skriftligt informationsmateriale, såsom Sundhedsstyrelsens pjeces. Hertil foreslås det, at dette eventuelt udføres, ved at der eksempelvis udarbejdes en standard for udlevering af informationsmateriale, herunder pjecen "Børnevaccinationsprogrammet i Danmark – 2015". Dette vil potentielt øge forældrenes forudsigelighed om vaccinations tidspunkt og børnevaccinationsprogrammets indhold, hvilket tillige kan anbefales for at øge niveauet af brugerinddragelse. Som relevant aktør, tænkes de praktiserende læger herved at have en rolle. Dette i betragtning af, at den praktiserende læge møder forældre i sin praksis ved eksempelvis femugers undersøgelsen, som den behandlende myndighed, der har informationspligt (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014). Derved kan den praktiserende læge ses som en relevant aktør, hvormed det anbefales, at der hos de praktiserende læger kommer yderligere fokus på udlevering af informationsmateriale til forældrene ved femugers undersøgelsen. For at denne anbefaling kan gennemføres, vurderes et yderligere behov for undersøgelser med inddragelse af praktiserende læger, for at sikre at denne aktør medinddrages i forandringstiltaget således at en praksisorienteret løsning findes.

7.2.2 Børnevaccination som emne på danske forældreuddannelser

Det findes ud fra nærværende speciales resultater, at forældreuddannelsen er en velegnet social kontekst for italesættelse af emnet vaccination. Det vurderes at dette tiltag vil kunne favne alle førstegangsførelse som tilbydes deltagelse og tager imod tilbuddet. En begrænsning heraf kan være, at dette ikke vil inkludere flergangs forældre eller forældre, som takker nej til tilbuddet.

Ses der på et sundhedspolitisk plan, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at fødsel og forældreforberedelse tilbud tilrettelægges af Regionerne, hvor udbuddet af disse kan variere (Sundhedsstyrelsen 2013a). Samtidig anbefales tværfaglige familieforbereidelseskurser at blive udbudt i alle landets kommuner (Dansk Sygeplejeråd 2010). Når fødsels- og familieforbereidelsestilbud anbefales tilrettelagt af Regionerne, findes det relevant at forandringen anbefales på regionalt plan, således at denne anbefaling indgår i det politiske beslutningsgrundlag i udarbejdelse af de regionale sundhedsaftaler, hvorved der vurderes at være potentiale for et mere ensartet kommunalt tilbud til forældre. Ved gennemgang af sundhedsaftalerne for de danske regioner i perioden 2015-2018, fremgår det, at der ikke findes en national retningslinje for implementering af forældreuddannelser i landets kommuner. På denne baggrund, kan der mellem de danske kommuner, ses en forskellighed i udbud af disse tilbud, hvilket vurderes at være en begrænsning for anbefalingens rækkevide. Efter strukturreformen i 2007 ligger ansvaret for etablering af borgerrettede forebyggende og sundhedsfremmende tilbud hos kommunerne (Sundhedsstyrelsen 2008), herunder tilbud om forældreforberedelse og -uddannelse. På landsplan udbydes der flere forskellige forældreuddannelser til førstegangsførelse, eksempelvis "Klar til barn", "Familieiværksætterne" og "En god start –sammen". Fælles for de nævnte forældreuddannelser er ved gennemgang af det tilgængelige informationsmateriale, at disse ikke har et tilrettelagt tema om børnevaccination inden barnet fylder 3 måneder (Servicestyrelsen 2011; Center for Socialt Ansvar 2014; Møller 2015). Yderligere anbefales det, at dette emne ligger inden barnets 3 måneder, altså inden forældrenes endelige stillingtagen. Da forældreuddannelserne findes at være af forskelligartet karakter, ved eksempelvis en variation af antal kursusgange og kursussemner, kan dette anses som en barriere for implementeringen af et ensartet tilbud til førstegangsførelse i disse fora. Derved tænkes en nuværende implementering af et emne om børnevaccination på disse uddannelser, yderligere at begrænse danske forældres mulighed for at deltage i et ensartet tilbud. Hertil mangler et ensrettet nationalt tilbud til forældre. Derved bliver forældres muligheder for at få italesat og reflekteret over emnet med ligesindede sammen med en sundhedsprofessionel, afhængig af den enkelte kommunes udbud. Inkluderet i emnet om vaccination anbefales det, at de informationer der bliver formidlet, baseres på balanceret information. Denne balancerede information, defineres som information der ikke fordrer et bestemt valg. Yderligere kan det anbefales, at emnet tager udgangspunkt i fakta viden formidlet af en sundhedsfaglig person med rette kompetencer, hvorved dette kombineres med forældrenes fælles refleksioner omkring deres erfaringer, tanker og oplevelser. Det anbefales tillige at øge forudsigeligheden for forældre omkring børnevaccinationsprogrammets indhold og tidspunkter, hvilket vurderes at være et potentielt udbytte af indførelsen af emnet på uddannelsen. En barriere for succes ved indførelse af emnet på forældreuddannelserne, kan være, risikoen for fravær af tillid på et hold, idet tillid ikke kan garanteres pga. forskellig dynamik i grupper.

Herved kan dette være en barriere for italesættelse og refleksion, da dette forudsætter tillid og åbenhed. Ud fra specialets resultater ses et klart forandringsperspektiv i at få et emne om børnevaccination implementeret på forældreuddannelser. Med bevidsthed om, at nærværende undersøgelses datagrundlag baseres på interviews med syv forældre, som havde deltaget på få af disse hold, på den samme forældreuddannelse, vurderes der et yderligere forskningsbehov, inden denne anbefaling kan vurderes gældende for andre forældreuddannelseshold end den konkrete, som forældre i nærværende speciale er tilknyttet.

7.2.3 Målrette Sundhedsstyrelsens pjece til målgruppen

Et af specialets resultater viser, at der ses et forandringsbehov relateret til Sundhedsstyrelsens pjece. I takt med at Sundhedsstyrelsen som administrativ og statslig myndighed (Vallgård & Krasnik 2010), er udgiver af pjecen "Børnevaccinationsprogrammet," anses nedenstående anbefaling som rettet mod denne myndighed. Sundhedsstyrelsen kan ses som et organ, der inden for sundhedsområdet nationalt udbyder sundhedsfaglig rådgivning til både myndigheder, regioner og kommuner (Vallgård & Krasnik 2010), hvoraf hovedopgaverne består i planlægning af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (Sundhedsstyrelsen 2016b).

Det kan ud fra nærværende speciales resultater, sammenholdt med eksisterende litteratur anbefales, at pjecens sprog justeres, således at dette målrettes til en bredere del af målgruppen. Sprogniveauet i pjecen kan vurderes ved en måling af dens lix-tal, som står for læsbarhedsindex og er en metode, der kan anvendes til at vurdere tekstens sværhedsgrad. Generelt for skriftlig informationsmateriale til danske patienter anbefales det at niveauet af lix ikke overstiger 40, hvor 35-44 anses som middel svær (Bjørn 1998). Ved indsættelse af tilfældige tekststykker fra pjecen i tre forskellige online lix-beregnere, fundet ved at google "lix-beregner", resulterede dette i en variation i lix-tal fra 43-53. Ud fra denne umiddelbare test, sammenholdt med ovenstående reference, tyder det på at Lix-tallet med fordel kan testes, for derefter at foretage en justering af niveauet af det anvendte sprog i pjecen. Derfor kan en måling af lix-tallet være en måde hvorpå niveauet kan måles og tilpasses derefter. Efter en revidering af pjecens sprogniveau, foreslås det at udsende denne til et bredt udsnit af målgruppen for at teste deres oplevelse og forståelse af denne. Dette kan betegnes som repræsentativ brugerinddragelse, med formålet om at indsamle ny viden om patientoplevelser, herunder forældres oplevelse af pjecen eller bidrage til en evaluering af kvaliteten (Freil et al. 2009), her kvaliteten af pjecen i forhold til at bidrage med informationer, der kan ligge til grund for forældrenes valg. En metode til en evaluering af kvaliteten kan være ved hjælp af spørgeskema (Freil et al. 2009).

Her vurderes evaluering af en revideret pjeces kvalitet at være relevant at undersøge. Dette kan gøres ved udarbejdelse og udsendelse af et spørgeskema til et repræsentativt udsnit af forældrene (Freil et al. 2009). Derefter foreslås det, at pjecen undergår en endelig revidering ud fra resultaterne af denne test, inden den sendes ud som en del af informationsgrundlaget for det danske børnevaccinationsprogram. Endvidere findes et behov i nærværende speciale for at pjecens omfang reduceres og at visuelle illustrationer med fordel kan medtænkes i udformning af pjecen. Disse perspektiver anerkendes som relevante at medtænke i forhold til skriftlig informationsformidling i det danske sundhedsvæsen (Bjørn 1998), men hvor det tillige findes, at der mangler forskning på området i en dansk kontekst, inden dette ændringsforslag kan gennemføres i praksis.

7.2.4 Mundtlig information som et supplement

Som tidligere nævnt, anbefales det, at der yderligere fokuseres på udlevering af skriftlig information, hvor denne informationskilde ikke anbefales at stå alene, men suppleres med mundtlig information, som giver den enkelte forælder mulighed for at stille spørgsmål og få afklaret eventuel tvivl.

Det anbefales, at forældre modtager både mundtlig og skriftlig information inden stillingtagen til den første vaccination, som ligger når barnet fylder tre måneder. En kombination af mundtlig og skriftlig information vurderes at kunne medvirke til en øget forudsigelighed for forældrene omkring børnevaccinationsprogrammets indhold og tidspunkter. En aktuel aktør, der kan formidle den mundtlige information, tænkes eksempelvis at være den praktiserende læge, men hvor nærmere undersøgelse af dette anbefales. Det er desuden fundet at andre studier har undersøgt andre virkemidler, såsom at tilbyde video information, hvilket tyder på at være fordelagtigt og hjælpsomt for forældre med lavere socioøkonomisk status (Petts & Niemeyer 2004). Da dette ikke er undersøgt eller fremgår af specialets resultater, vurderes et behov for yderligere forskning for at undersøge forældres oplevelse af og behov for video informationsmateriale i en dansk kontekst. Der er her behov for yderligere at klarlægge om og hvilke redskaber til informationsgivning, der kan være relevante og fordelagtige i en dansk kontekst.

7.3 Afrunding

Centralt for alle indsatser er et behov for at udvise refleksivitet om de betingelser, der har betydning for gennemførelse af tiltaget og ligeledes de potentielle risici eller usikkerheder, der kan være forbundet herved (Hansen & Wiuff 2007). Ved at se på de samlede anbefalinger, kan utilsigtede konsekvenser heraf fremhæves. Ved yderligere at sætte fokus på ovenstående anbefalinger af information og italesættelse af børnevaccinationsprogrammet som et tilbud, kan dette potentielt bevirke at flere forældre vælger børnevaccinerne fra, men hvor et større fokus på information omvendt potentielt også kan resultere i at

flere forældre tilslutter sig programmet. Ved at medtænke ovenstående elementer i forhold til informationerne i børnevaccinationsprogrammet som sundhedstilbud, vurderes det samlet set at kunne fremme forældres oplevelse af inddragelse, i forhold til børnevaccinationsprogrammet som et nationalt sundhedstilbud. Brugerinddragelse fremgår bl.a. som et fremtidigt fokuspunkt for at fremme borgernes indflydelse i forhold til organisering og udvikling af det danske sundhedsvæsen (Regeringen 2013). Sammenholdt med, at det i det nationale kvalitetsprogram på sundhedsområdet fra 2015-2018 anbefales, at sundhedsvæsenets udvikling, samarbejde og kvalitet planlægges på tværs af faggrupper, sektorer og myndigheder (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015), kan specialets anbefalinger og forandringsperspektiver derved bidrage til. Set ud fra det perspektiv, at tidlig inddragelse af målgruppen eller repræsentanter herfra, er af afgørende betydning for forebyggelsesindsatsers succes (Hansen & Wiuff 2007), kan dette understøtte specialets tilgang med nuværende at have inddraget repræsentanter fra målgruppen, herunder forældre. I takt med at forebyggelsesområdet konstant er i udvikling hvor ny viden bidrager til en løbende udvikling af praksis og hvor eksisterende evidens løbende indhentes, for at opbygge relevant dokumentation til at planlægge hvilke anbefalinger der kan anvendes (Hansen & Wiuff 2007), vurderes specialets resultater og anbefalinger samlet set at have bidraget med ny viden, der på sigt kan bidrage til videreudvikling af eksisterende praksis.

8. Konklusion

I følgende afsnit vil specialets problemformulering som lyder "Hvordan kan informationsgrundlaget for børnevaccinationsprogrammet forandres således at forældres forudsætninger for at tage et informeret valg fremmes?", blive besvaret.

Ud fra nærværende speciale kan det konkludere, at der ses flere forandringsperspektiver relateret til det undersøgte problemfelt. Overordnet vurderes alle forandringsperspektiver at have indflydelse på fremtidigt at fremme brugerinddragelsen i forhold til børnevaccinationsprogrammet, da dette nuværende opleves lavere end ønsket. Ifølge specialets resultater fremgår forudsigelighed og tillid, som to faktorer med en væsentlig betydning for forældres beslutningstagning og informationsbehov. Der er udledt følgende tre overordnede anbefalinger til forandring; Italesættelse af vaccinationsvalget, balanceret information og tidlig information, hvilket er perspektiver, som findes essentielle at medtænke i praksissektoren og kommunale sundhedsordninger. Disse forandringselementer vurderes derved at kunne fremme forældres forudsætninger for at tage et informeret valg.

Yderligere udledes følgende mere konkrete anbefalinger:

- Fokus på udlevering af skriftligt materiale
- Tema om børnevaccination på forældreuddannelser
- Målrette Sundhedsstyrelsens pjece "Børnevaccinationsprogrammet i Danmark" til målgruppen
- Mundtlig information som et supplement til det skriftlige

Anbefalingerne vurderes at give konkrete bud på hvorledes informationsgrundlaget kan forandres, set i forhold til nuværende praksis. I forhold til specialets anvendte metodiske tilgang, kan det overordnet konkluderes at den systematiske litteratursøgning, fortolkende interviewundersøgelse samt anvendelse af teoretiske begreber til empirisk analyse fra henholdsvis Niklas Luhmann, Sherry R. Arnstein og Thomas Breck, har været anvendelige til besvarelse af specialets problemformulering. Set i forhold til specialets overordnede gyldighed og pålidelighed, vurderes det at vægtning af anonymitet over kontekstbeskrivelser er den faktor med størst indflydelse på læserens mulighed for vurdering af resultaternes overførbarhed. Specialets formål, med undersøgelse af forandringselementer i informationsgrundlaget i børnevaccinationsprogrammet ud fra et brugerperspektiv, vurderes at være opnået. Det kan dog konkluderes, at der på flere områder er behov for mere forskning, eksempelvis i forhold til en fremtidig implementering af et emne om vaccination på de danske forældreuddannelser. Der kan endvidere konkluderes, at der er behov for flere undersøgelser, som inddrager relevante aktører fra sundhedsvæsenet, for at opnå et helhedsorienteret perspektiv på praksisorienterede forandringsmuligheder.

9. Referenceliste

Anvendt referencetype: Harvard. Mendeley referenceprogram.

- Amin, A.N. El, Parra, M.T., Kim-farley, R. & Fielding, J.E. 2012, 'Ethical Issues Concerning Vaccination Requirements', *Public Health Review*, vol. 34, no. 1, pp. 1–20.
- Arnstein, S.R. 1989, 'A ladder of citizen participation', *Journal of the American Institute of Planners*, pp. 216–24.
- Austin, H. 2001, 'Parents' perceptions of information on immunisations', *Journal of child health care*, vol. 5, pp. 54–9.
- Austvoll-Dahlgren, A. & Helseth, S. 2010, 'What informs parents' decision-making about childhood vaccinations?', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, no. 11, pp. 2421–30.
- Bak, C.K. 2010, 'Kapitel 4: Anthony Giddens', in P.T. Andersen & H. Tiimm (eds), *Sundhedssociologi*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 79–99.
- Beck, U. 1997, *Risikosamfundet : på vej mod en ny modernitet*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Benin, A., Wisler-scher, D.J., Colson, E., Shapiro, E.D. & Holmboe, E.S. 2005, 'Qualitative Analysis of Mothers' Decision-Making About Vaccines for Infants: The Importance of Trust', *Pediatrics*, vol. 117, no. 5, pp. 1532–43.
- Birk, C. 2015, *Er det uetisk at presse forældre til at lade deres børn vaccinere?*, viewed 2 March 2016, <<http://www.etik.dk/etik.dk/er-det-uetisk-presse-foraeldre-til-lade-deres-boern-vaccinere>>.
- Bitsch Olsen, P. & Pedersen, K. 2003, *Problemorienteret projektarbejde : en værktøjsbog*, 3. udgave., Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.
- Bjørn, E. 1998, 'På talefod med teksten', *Sygeplejersken*, vol. 38, pp. 24–36.
- Breck, T. 2001, *Dialog om det usikre : nye veje i risikokommunikation*, Akademisk, København.
- Breck, T. 1999, 'Risikokommunikation - fra 'public deficiency' til gensidig dialog', *Miljø og Sundhed*, no. 12, pp. 8–12.
- Brinkmann, S. 2015, '22. Etik i en kvalitativ verden', in S. Brinkmann & L. Tanggaard (eds), *Kvalitative metoder : en grundbog*, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 463–79.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. 2015, 'Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduktion', in S. Brinkmann & L. Tanggaard (eds), *Kvalitative metoder : en grundbog*, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 13–20.
- Brown, K.F., Kroll, J.S., Hudson, M.J., Ramsay, M., Green, J., Long, S.J., Vincent, C.A., Fraser, G. & Sevdalis, N. 2010, 'Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: A systematic review', *Vaccine*, vol. 28, no. 26, pp. 4235–48.
- Buck, M.L. 1998, 'Providing patients with written medication information', *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 32, no. 9, pp. 962–9.
- Casiday, R., Cresswell, T., Wilson, D. & Panter-Brick, C. 2006, 'A survey of UK parental attitudes to the MMR vaccine and trust in medical authority', *Vaccine*, vol. 24, no. 2, pp. 177–84.
- Casiday, R.E. 2007, 'Children' s health and the social theory of risk : Insights from the British measles ,

- mumps and rubella (MMR) controversy', *Social Science & Medicine*, vol. 65, no. 5, pp. 1059–70.
- Cassell, J.A., Leach, M., Poltorak, M.S., Mercer, C.H., Iversen, A. & Fairhead, J.R. 2006, 'Is the cultural context of MMR rejection a key to an effective public health discourse?', *Public Health*, vol. 120, no. 9, pp. 783–94.
- Center for Socialt Ansvar 2014, *Mødeguiden. Familieiværksætterne - en god start som familie*.
- Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L. 2007, '3. Det kvalitative forskningsinterview', in S. Vallgård & L. Koch (eds), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 4. edn, Munksgaard, København, pp. 61–89.
- Crotty, M. 1998, *The foundations of social research : meaning and perspective in the research process*, SAGE, London.
- Dahlgren, L. & Fredslund, H. 2007, '7. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse', in S. Vallgård & L. Koch (eds), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 4. Udgave., Munksgaard, København, pp. 157–81.
- Daniels, J. 2002, 'Parents found it difficult to obtain objective information and advice about the combined mumps, measles, and rubella vaccine.', *Evidence Based Nursing*, vol. 5, no. 4, pp. 122–122 1p.
- Danmarks Statistik 2015, *Uddannelsesniveaet stiger i alle regioner*, viewed 24 May 2016, <<http://www.dst.dk/da/Statistik/NytHtml?cid=20036>>.
- Dansk Sygeplejeråd 2010, *Fremtidens sundhedspleje i kommunerne*, Dansk sygeplejeråd.
- Davis, T.C., Fredrickson, D.D., Arnold, C., Murphy, P.W., Herbst, M. & Bocchini, J.A. 1998, 'A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level', *Patient Education and Counseling*, vol. 33, no. 1, pp. 25–37.
- Davis, T.C., Fredrickson, D.D., Kennen, E.M., Humiston, S.G., Connie, L., Quinlin, M.S. & Bocchini, J.A. 2006, 'Health Education & Behavior Educational Package for Public Health Nurses', *Health Education & Behavior*, vol. 33, no. December 2006, pp. 787–801.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C. & Sundhedsstyrelsen 2011, *Ulighed i sundhed : årsager og indsatser 2011*, Sundhedsstyrelsen, Kbh.
- Dubé, E., Vivion, M., Sauvageau, C., Gagneur, A., Gagnon, R. & Guay, M. 2016, 'Nature Does Things Well, Why Should We Interfere?': Vaccine Hesitancy Among Mothers', *Qualitative Health Research*, p. 15.
- Freed, G.L., Clark, S.J., Hibbs, B.F. & Santoli, J.M. 2004, 'Parental vaccine safety concerns: The experiences of pediatricians and family physicians', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 26, no. 1, pp. 11–4.
- Freil, D.M., Knudsen, L., Freil, M. & Knudsen, J. 2009, 'Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet', *Ugeskrift for Læger*, vol. 171/20, pp. 1663–6.
- Færch, J. & Harder, I. 2009, 'Medinddragelse i egen pleje og behandling - fra retorik til realiteter', *Sygeplejersken*, vol. 17, no. 17, pp. 54–8.
- Giddens, A. 1996, *Modernitet og selvidentitet : selvet og samfundet under sen-moderniteten*, Hans Reitzel, København.
- Giddens, A. 1994, *Modernitetens konsekvenser*, Hans Reitzel, København.
- Gilson, L. 2003, 'Trust and the development of health care as a social institution', *Social Science & Medicine*, vol. 56, no. 7, pp. 1453–68.

- Glanz, J.M., Kraus, C.R. & Daley, M.F. 2015, 'Addressing parental vaccine concerns: Engagement, balance, and timing', *PLoS Biology*, vol. 13, no. 8, pp. 1–8.
- Glasdam, S. 2009, 'Folkesundhed - menneskelighedens interesse par excellence', in S. Glasdam (ed.), *Folkesundhed : i et kritisk perspektiv*, Dansk sygeplejeråd, København, pp. 17–27.
- Gushulak, B.D. & MacPherson, D.W. 2004, 'Globalization of Infectious Diseases: The Impact of Migration', *Clinical Infectious Diseases*, vol. 38, no. 12, pp. 1742–8.
- Gust, D.A., Darling, N., Kennedy, A. & Schwartz, B. 2008, 'Parents With Doubts About Vaccines: Which Vaccines and Reasons Why', *Pediatrics*, vol. 122, no. 4, pp. 718–25.
- Halkier, B. 2008, *Fokusgrupper*, 2nd edn, Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Hansen, J. & Wiuff, B.M. 2007, *GUIDE Til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser*, København S.
- Holgaard, J.E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D. & Thomassen, A. 2014, 'Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser', p. 173.
- Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S. & Nielsen, M.E.J. 2009, *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*, København.
- Højbjerg, H. 2009, '9. Hermeneutik -Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne', in L. Fuglsang & P. Bitsch Olsen (eds), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*, Samfundslitteratur, København, pp. 309–47.
- Høyer, K. 2007, '1. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode?', in S. Vallgård & L. Koch (eds), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 4th edn, Munksgaard, København, pp. 17–41.
- Ishøy Michelsen, S., Kastanje, M., Flachs, E.M., Søndergaard, G., Biering-Sørensen, S., Madsen, M. & Andersen, A.-M.N. 2007, *Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis*, Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. 2013, 'Hvordan organisationer fungerer : indføring i organisation og ledelse', Nota, København, p. 471 sider.
- Jensen, U.J. 2012, 'Patientperspektivet i en sundhedspraksis under forandring', in B. Martinsen, A. Norlyk & P. Dreyer (eds), *patientperspektivet*, Munksgaard, København, pp. 17–30.
- Jønsson, A.R., Baker, V.H., Jacobsen, C.B.H. & Pedersen, L. 2015, 'Brugerinddragelse: forhandlinger af autoritet, relation og viden', *Tidsskrift for forskning i Sygdom og Samfund*, vol. 22, pp. 5–17.
- Jørgensen, H. 2007, 'Vurdering af litteratur', in F. Børlum Kristensen & H. Sigmund (eds), *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*, Version: 1., Sundhedsstyrelsen, København S, pp. 59–70.
- Kemp, P. 2001, 'Ethiske positioner', in M. Bjerrum & K. Lund Christiansen (eds), *Filosofi - Etik - Videnskab*, Akademisk Forlag, København, pp. 160–73.
- Kestenbaum, L. & Feemster, K. 2015, 'Identifying and Addressing Vaccine Hesitancy', *Pediatric Annals*, vol. 44, no. 4, pp. 71–4.
- Kneer, G. & Nassehi, A. 1997, *Niklas Luhmann - introduktion til teorien om sociale systemer*, Hans Reitzels Forlag, København K.
- Kommunernes Landsforening 2014, *Dansk tiltro til kommuner og regioner topper i EU*, viewed 3 March 2016, <<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2014-14-3-id162369/>>.

- Kovsted, J. & Jacobsen, R.H. 2012, *Samfundsøkonomisk potentiale ved indførelse af Leksand-modellen i Danmark, 2012*, København.
- Kristensen, K. 2014, *Sundhedsjura : patienters retsstilling, sundhedspersoners ansvar, myndigheders tilsyn*, 5th edn, Gad, København.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *InterView: Introduktion til et håndværk*, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København.
- Kyvik, K. 2007, '14. Udvalgte love og regler for forskning med mennesker', in S. Vallgård & L. Koch (eds), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 4th edn, Munksgaard, København, pp. 330–45.
- Larsen, L. 2015, »Jeg havde selv mæslinger som barn« - *Politiken.dk*, viewed 30 April 2016, <<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2538544/jeg-havde-selv-maeslinger-som-barn/>>.
- Leask, J., Braunack-Mayer, A. & Kerridge, I. 2011, 'Consent and public engagement in an era of expanded childhood immunisation', *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 47, no. 9, pp. 603–7.
- Leask, J., Kinnersley, P., Jackson, C., Cheater, F., Bedford, H. & Rowles, G. 2012, 'Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals.', *BMC pediatrics*, vol. 12, no. 1, p. 154.
- Levi, B.H. 2007, 'Addressing parents' concerns about childhood immunizations: a tutorial for primary care providers.', *Pediatrics*, vol. 120, no. 1, pp. 18–26.
- Lindahl, M. & Juhl, C. 2010, 'Kapitel 3. Opgavens indhold', *Den sundhedsvidenskabelige opgave - vejledning og værktøjskasse*, 2nd edn, Munksgaard Danmark, Kbh., pp. 35–95.
- Luhmann, N. 2003, *Iagttagelse og paradoks*, Gyldendal, København.
- Luhmann, N. 2000, 'Kapitel 4. Kommunikation og handling', *Sociale systemer : grundrids til en almen teori*, Hans Reitzel, København, pp. 178–219.
- Luhmann, N. 1999, *Tillid : en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J. & Møller, A. 2014, *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning : redskaber til evidensbaseret praksis*, Munksgaard, København.
- Løkke, A., Fihl, E., Hem, L., Juul Jensen, U., Paarup-Larsen, B., Salling Olesen, H., Steffen, V., Söderquist, T., Vallgård, S. & Gerda Knudsen, L. 2005, *Kultur og sundhed : humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom*, Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation, København.
- MacDonald, N.E., Eskola, J., Liang, X., Chaudhuri, M., Dube, E., Gellin, B., Goldstein, S., Larson, H., Manzo, M.L., Reingold, A., Tshering, K., Zhou, Y., Duclos, P., Guirguis, S., Hickler, B. & Schuster, M. 2015, 'Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants', *Vaccine*, vol. 33, no. 34, pp. 4161–4.
- McMurray, R., Cheater, F.M., Weighall, A., Nelson, C., Schweiger, M. & Mukherjee, S. 2004, 'Managing controversy through consultation: A qualitative study of communication and trust around MMR vaccination decisions', *British Journal of General Practice*, vol. 54, no. 504, pp. 520–5.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014, *Bekendtgørelse af Sundhedsloven*.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015, *Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018*, København.

- Morgan, D.L., Ataie, J., Carder, P. & Hoffman, K. 2013, 'Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data', *Qualitative Health Research*, vol. 23, no. 9, pp. 1276–84.
- Møller, T. 2015, *Afsluttende evalueringsrapport En god start – sammen*.
- Opel, D., Douglas, D., Lee, N. & Edgar, M. 2009, 'Social marketing as a strategy to increase immunization rates', *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 163, no. 5, pp. 432–7.
- Pedersen, B.K., Nielsen, B.S. & Land, B. 2012, '1. Behovet for teorier om sundhedsfremme', in N.S.B. Dybbroe B., Land B. (ed.), *Sundhedsfremme – et kritisk perspektiv*, Samfundslitteratur, Frederiksberg C, pp. 27–39.
- Pedersen, F.S. & Svansø, V.L. 2015, *Frygt for bivirkninger får piger til at droppe HPV-vaccination - Nationalt / www.b.dk*, viewed 1 May 2016, <<http://www.b.dk/nationalt/frygt-for-bivirkninger-faar-piger-til-at-droppe-hpv-vaccination>>.
- Pedersen, L. 2011, '2. Patienterne kommunikerer', *Patientinddragelse : refleksion, læring, innovation og ledelse*, Hans Reitzel, København, pp. 29–54.
- Pedersen, L.H., Wandel, A., Freil, M., Jönsson, A.B.R., Pedersen, Wandel, A., Freil, M., Jönsson, A.B.R., Pedersen, L.H., Wandel, A., Freil, M., Jönsson, A.B.R., Pedersen, Wandel, A., Freil, M. & Jönsson, A.B.R. 2015, 'Patientinddragelse er endnu ikke fuldt implementeret i sundhedsvæsenet', *Ugeskrift for Læger*, vol. 177, pp. 2–5.
- Petts, J. & Niemeyer, S. 2004, 'Health risk communication and amplification: learning from the MMR vaccination controversy', *Health, Risk & Society*, vol. 6, no. 1, pp. 7–23.
- Poulsen, I., Larsen, S., Schou, L., Høstrup, H. & Lyngsø, E. 2009, 'VAKS - Vurdering af kvalitative studier', *Sygeplejersken*, vol. 109, no. 13, pp. 54–7.
- Regeringen 2013, 'Mere borger mindre patient - et stærkt fælles sundhedsvæsen', *Sundhedsministeriet*, pp. 1–48.
- Region Nordjylland 2015, *Den Administrative Sundhedsaftale 2015-2018*.
- Region Sjælland 2015, *Fælles om bedre sundhed. Sundhedsaftale 2015-2018*.
- Region Syddanmark 2015, *Sundhedsaftalen 2015-2018*.
- Rendtorff, J.D. 2003, *Videnskabsetik*, Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Retsinformation 1998, *Patientretsstillingsloven - Lov om patienters retsstilling - retsinformation.dk*, viewed 10 March 2016, <<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=87608>>.
- Rieper, O. & Hansen, H.F. 2007, *Metodedebatten om evidens af Olaf Rieper*, København.
- Rygg, M. 2016, 'Vaksineskepsis – profylaksearbeidets paradoks 2933', *Tidsskrift for Den norske legeforening*, no. 4, p. 2933.
- Sadaf, A., Richards, J.L., Glanz, J., Salmon, D.A. & Omer, S.B. 2013, 'A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy', *Vaccine*, vol. 31, no. 40, pp. 4293–304.
- Salmon, D.A., Dudley, M.Z., Glanz, J.M. & Omer, S.B. 2015, 'Vaccine hesitancy: Causes, consequences, and a call to action', *Vaccine*, vol. 33, pp. D66–71.
- Salmon, D.A., Teret, S.P., MacIntyre, C.R., Salisbury, D., Burgess, M.A. & Halsey, N.A. 2006, 'Compulsory vaccination and conscientious or philosophical exemptions: Past, present, and future', *Lancet*, vol.

367, no. 9508, pp. 436–42.

Samuelsson, K. & Blennow, M. 2003, 'Föräldrar har tillit till barnvaccinationer Men samtidigt brister deras förtroende', *Klinik och vetenskap*, no. 40, pp. 6–9.

Sekretariatet for Referenceprogrammer 2014, *SfR Checkliste 1: Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser*.

Servicestyrelsen 2011, *Klar til barn*.

Sieghart, D. 2001, 'Vaccine safety: Risk communication - A global perspective', *Vaccine*, vol. 19, no. 17-19, pp. 2446–56.

Statens Serum Institut 2013, *EPI-nyt. Overvågning og forebyggelse af smitsomme sygdomme*, viewed 3 May 2016, <[http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2013/Uge 46 - 2013.aspx](http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2013/Uge%2046%20-%202013.aspx)>.

Statens Serum Institut 2016, *Mæslinger, Individuelle anmeldelsespligtige sygdomme - Statens Serum Institut*, viewed 21 March 2016, <[http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Sygdomsovervaagning/Sygdomsdata.aspx?sygdomskode=MEAS &xaxis=Aar&show=&datatype=Individual&extendedfilters=False#HeaderText](http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Sygdomsovervaagning/Sygdomsdata.aspx?sygdomskode=MEAS&xaxis=Aar&show=&datatype=Individual&extendedfilters=False#HeaderText)>.

Statens Serum Institut 2011, 'Uge 21 - 2011 - EPI-NYT - Statens Serum Institut', *Sundhedsstyrelsens Meldesystem for Smitsomme Sygdomme*, viewed 10 February 2016, <[http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2011/Uge 21 - 2011.aspx](http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2011/Uge%2021%20-%202011.aspx)>.

Statens Serums Institut 2016a, *Børnevaccinationsprogrammet*, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Statens Serums Institut, København.

Statens Serums Institut 2016b, *Mæslinger - Statens Serum Institut*, viewed 8 February 2016, <<http://www.ssi.dk/Service/Sygdomsleksikon/M/Maeslinger.aspx>>.

Steensig, J. 2015, '15.Konversationsanalyse', in S. Brinkmann & L. Tanggaard (eds), *Kvalitative metoder : en grundbog*, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 321–47.

Stenbæk, E.D. & Jensen, F.M. 2007, 'Litteratursøgning', in B.F. Kristensen & H. Sigmund (eds), *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*, 2 udgave., Sundhedsstyrelsen, København S, pp. 49–58.

Stoltz, P., Willman, A., Bahtsevani, C. & Spliid Ludvigsen, M. 2007, *Evidensbaseret sygepleje : en bro mellem forskning og klinisk virksomhed*, Gyldendals Bogklubber, København.

Sturm, L. a, Mays, R.M. & Zimet, G.D. 2005, 'Parental beliefs and decision making about child and adolescent immunization: from polio to sexually transmitted infections.', *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, vol. 26, no. 6, pp. 441–52.

Sundhedsstyrelsen 2013a, *Anbefalinger for svangreomsorgen 2013*, Sundhedsstyrelsen, 2nd edn, Center for Forebyggelse, København S.

Sundhedsstyrelsen 2013b, *Borgernes sundhedsvæsen*, København.

Sundhedsstyrelsen 2016a, *Børnevaccinations- programmet. Årsrapport 2015*, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Sundhedsstyrelsen 2014, *Børnevaccinationsprogrammet i Danmark 2015*, 8th edn, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Sundhedsstyrelsen 2015, 'Nyt om bivirkninger', *Nyt om bivirkninger . Nyhedsbrev fra Sundhedsstyrelsen.*, no. 8, pp. 1–46.

- Sundhedsstyrelsen 2016b, *Om os*, viewed 3 May 2016, <<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os>>.
- Sundhedsstyrelsen 2013c, *Politik for brugerinddragelse*, København, viewed <<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os/mission,-vision-og-vaerdier/~media/1F39347E1FCD460AB814910D042AEC0A.ashx>>.
- Sundhedsstyrelsen 2008, *Sundhed i kommunen*, København.
- Sundhedsstyrelsen 2011, *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Søgaard, L. & Knattrup, K.U. 2015, *Skepsis mod vaccination vokser | Kristeligt Dagblad*, viewed 2 March 2016, <<http://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/skepsis-mod-vaccination-vokser>>.
- Søndergaard, G., Biering-Sørensen, S., Michelsen, S.I., Schnor, O. & Andersen, A.-M.N. 2008, 'Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study.', *Scandinavian journal of primary health care*, vol. 26, no. 1, pp. 5–11.
- Tafari, S., Gallone, M.S., Cappelli, M.G., Martinelli, D., Prato, R. & Germinario, C. 2014, 'Addressing the anti-vaccination movement and the role of HCWs', *Vaccine*, vol. 32, no. 38, pp. 4860–5.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. 2015a, '1. INTERVIEWET: SAMTALEN SOM FORSKNINGSMETODE', in S. Brinkmann & L. Tanggaard (eds), *Kvalitative metoder - en grundbog*, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 29–53.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. 2015b, '25. Kvalitet i kvalitative studier', in S. Brinkmann & L. Tanggaard (eds), *Kvalitative metoder - en grundbog*, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 521–32.
- Thagaard, T. 2004, *Systematik og indlevelse En indføring i kvalitativ metode*, Akademisk Forlag, København K.
- Timm, H. 1997, 'At have en krop og at være en krop: om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse', *Grus*, vol. 18, no. 52, pp. 24–36.
- Timm, H. 2000, 'Det sunde væsen og de syge brugere', *Dansk sociologi*, vol. 11, no. 1, pp. 57–67,70.
- Tjørnhøj-Thomsen, T. & Whyte, S.R. 2007, '4. Feltarbejde og deltagerobservation', in S. Vallgård & L. Koch (eds), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 4. edn, Munksgaard, København, pp. 90–118.
- Ugeskrift for Læger 2016, *Ugeskriftet.dk*, viewed 10 February 2016, <<http://ugeskriftet.dk/nyhed/naesten-aller-googler-sundhed>>.
- University of Bern 2008, 'Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies', *Strobe statement*, vol. 53, no. 1, pp. 3–4.
- Vaccinationsforum 2013, "B.A.V." *Børn med Aluminiumsallergi som Vaccinationsskade*, viewed 29 April 2016, <<http://vaccineinfo.dk/artikler/2013/%E2%80%9Db-a-v--boern-med-aluminiumsallergi-som-vaccinationsskade.aspx?PID=660&M=NewsV2&Action=1>>.
- Vallgård, S. 2007, '9. Historiske analyser', in S. Vallgård & L. Koch (eds), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 4. udgave., Munksgaard, København, pp. 205–25.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T. 2014, *Sygdomsforebyggelse*, Munksgaard, København.
- Vallgård, S. & Krasnik, A. 2010, *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*, 2nd edn, Munksgaard Danmark, København.

- Villesen, K. 2016, *Det er en svær beslutning at HPV-vaccinere sit barn | Information*, viewed 29 April 2016, <<https://www.information.dk/debat/leder/2016/04/svaer-beslutning-hpv-vaccinere-barn>>.
- Vaaben, L. 2015, *Et lille prik for mennesket ... | Information*, viewed 29 April 2016, <<https://www.information.dk/moti/2015/02/lille-prik-mennesket>>.
- Wackerhausen, S. 1994, 'Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme', in U.J. Jensen & P.F. Andersen (eds), *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*, Philosophia, Århus, pp. 43–73.
- Weiner, J.L., Fisher, A.M., Nowak, G.J., Basket, M.M. & Gellin, B.G. 2015, 'Childhood Immunizations', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 49, no. 6, pp. S426–34.
- WHO 2014, *Immunization surveillance, assessment and monitoring*, viewed 9 March 2016, <http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/immunization/mcv/atlas.html>.
- Will, J.F. 2011a, '2 A brief historical and theoretical perspective on patient autonomy and medical decision making: Part II: The autonomy model', *Chest*, vol. 139, no. 6, pp. 1491–7.
- Will, J.F. 2011b, 'A brief historical and theoretical perspective on patient autonomy and medical decision making: Part I: The beneficence model', *Chest*, vol. 139, no. 3, pp. 669–73.
- Williams, S.E. 2014, 'What are the factors that contribute to parental vaccine-hesitancy and what can we do about it?', *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, vol. 10, no. 9, pp. 2584–96.
- World Health Organization 2015, *Global Vaccine Action Plan Monitoring, Evaluation & Accountability*.
- Zhou, F., Reef, S., Massoudi, M., Papania, M.J., Yusuf, H.R., Bardenheier, B., Zimmerman, L. & McCauley, M.M. 2004, 'An economic analysis of the current universal 2-dose measles-mumps-rubella vaccination program in the United States.', *The Journal of infectious diseases*, vol. 189 Suppl , pp. S131–45.
- Ziebland, S. & Herxheimer, A. 2008, 'How patients' experiences contribute to decision making: Illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness)', *Journal of Nursing Management*, vol. 16, no. 4, pp. 433–9.