

HVA HEMMER OG FREMMER FOLKS ENGASJEMENT RUNDT ANTIBIOTIKARESISTENS?



Masteroppgave i Risikostyring og sikkerhetsledelse

Høsten 2015 og våren 2016

Universitet i Stavanger

Av: Christer Veen Tjessem

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
RISIKOSTYRING OG SIKKERHETSLEDELSE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Høsten 2015 og våren 2016

FORFATTER:

Christer Veen Tjessem

VEILEDER:

Odd Einar Olsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Hva hemmer og fremmer folks engasjement rundt antibiotikaresistens?

EMNEORD/STIKKORD:

Antibiotikaresistens, engasjement, krypende krise, risikopersepsjon, allmenningens tragedie.

SIDETALL:

107, ekskludert forsider, forord, sammendrag, innholdsfortegnelse, referanser og vedlegg.

STAVANGER25 MAI /2016.....

DATO/ÅR

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på min tid som student ved Universitet i Stavanger og masterstudiet i Risikostyring og sikkerhetsledelse. Å jobbe med denne oppgaven har vært en svært lærerik prosess. Først og fremst har jeg lært mye om antibiotika og resistens. Det har vært meget interessant å få et innblikk i en problematikk som jeg ikke omgås i det daglige. I tillegg har jeg lært mye om meg selv og mine sterke og svake sider i forhold til de prosesser som ligger bak en masteroppgave.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg møtt noen fantastiske mennesker som gjør en viktig innsats for samfunnet innenfor forskjellige områder. Våre samtaler har vært svært lærerike og inspirerende. Tusen takk for at dere var villige til å dele deres kunnskap, tanker og holdninger med meg.

En stor takk rettes også til min veileder, Professor Odd Einar Olsen. Takk for dine gode råd, innspill og hjelp med å definere oppgavens retning og rammeverk.

Jeg ønsker også å takke Anne-Lill Opheim ved Forsvarets kompetanse- og utdanningscenter for støtte gjennom hele utdanningsløpet.

Takk til Oblt. Arve Brevik og Oblt. Ole Chr. Hermansen for støtte, oppmuntring og tilrettelegging gjennom hele masterprogrammet.

Tusen takk til mor og far, Marius, øvrig familie og venner for motiverende ord og støtte.

Den siste, men største takken fortjener min samboer, Julie, for all tålmodighet, hjelp og oppmuntring!

Sammendrag

Antibiotika regnes som en av de viktigste medisinske oppdagelsene i historien, og det er en bærebjelke i moderne medisin. Stort forbruk over mange år har ført til stadig økt resistensutvikling. Regjeringen ønsker en nasjonal kampanje mot antibiotikaresistens med den hensikt å informere befolkningen om sammenhengene mellom antibiotika og resistens, med målsetting om å redusere bruken. Med bakgrunn i dette kan det være behov for økt forståelse av hvordan antibiotikaresistens oppleves som problem, og hvorvidt befolkningen opplever mulighet, plikt eller behov for å engasjere seg i resistensproblematikken. Oppgavens utgangspunkt er derfor følgende problemstilling:

«Hva hemmer og fremmer folks engasjement rundt antibiotikaresistens?»

Oppgavens teoretiske forankring består av teorier som omhandler forutsetninger for engasjement, karakteristikker ved ulike kriser og risikopersepsjon. Det empiriske grunnlaget er basert på intervju med 13 respondenter som er engasjerte i kreftsaken, kosthold eller klima. Empirien har hovedvekt på årsaker for eget engasjement, samt tanker knyttet til antibiotikaresistens som problem.

Oppgavens sentrale funn er at folk føler liten grad av mulighet til å påvirke resistensutviklingen i positiv eller negativ grad. Samtidig er det vanskelig å se hvordan et engasjement for bevaringen av antibiotika skal komme til uttrykk. Det er liten følelse av plikt til å være engasjert i problemet fordi man er av en oppfatning av at myndighetene og helsevesenet «eier krisen». Samtidig spiller ønsker om å bli frisk raskest mulig, kombinert med de krav som stilles fra jobb, skole og dagliglivet generelt, en viktig rolle. Fokus på skadelidende enkeltindivider vil kunne gi befolkningen større nærhet til problemet. Som i andre helserelaterte saker så handler det om å skape en relasjon basert på følelser. Økt kunnskap vil kunne føre til en forståelse for at antibiotikaresistens ikke en utfordring kun for andre eller for fremtiden. Det må også legges til rette for at befolkningen får økt involvering og eierskap til problematikken. Ved å gjøre individet i befolkningen synlig, og ved å skape forståelse for viktigheten av den enkeltes innsats, så skaper man også et grunnlag for å utvikle befolkningens pliktfølelse for verne om et fellesgode som antibiotika, slik at man også i fremtiden kan dra nytte av de mulighetene som antibiotika gir.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning	1
1.1	Et medisinsk vidunder.....	1
1.2	Mørke skyer på himmelen.....	2
1.3	Finnes det håp?	3
1.4	Problemstilling.....	4
1.5	Avgrensinger og avklaringer.....	6
1.6	Annen forskning.....	7
2.	Kontekst	9
2.1	Utvikling av resistens.....	9
2.2	Hvorfor har utviklingen av nye antibiotika stoppet opp?.....	10
2.3	Situasjonen i Norge i dag.....	12
2.4	Antibiotikaresistens i media.....	13
2.5	Er nordmenn engasjerte folk?	16
3.	Teori.....	18
3.1	Hva er engasjement?	18
3.2	Hvorfor blir man engasjert?	19
3.3	Kriser, og deres ulike karakteristikk	21
3.4	Allmenningens tragedie	23
3.5	Risiko og risikopersepsjon.....	26
3.6	Oppsummering.....	32
4.	Metode.....	33
4.1	Problemstilling.....	33
4.2	Forskningsdesign	35
4.3	Metodisk tilnærming.....	36
4.4	Det kvalitative forskningsopplegget	37

4.4.1	Utvalg av enheter	37
4.4.2	Begrunnelse for valg av emner, og beskrivelse av organisasjoner	38
4.4.3	Forberedelse av intervjuene	41
4.4.4	Gjennomføring av intervjuene	41
4.5	Analyseprosessen.....	43
4.6	Gyldighet og pålitelighet.....	44
4.6.1	Gyldighet.....	44
4.6.2	Pålitelighet	45
4.6.3	Sterke og svake sider ved valgt metode	47
4.7	Etiske overveielser og personvern	47
4.7.1	Det etiske aspektet ved datainnsamling	47
4.7.2	Personvern.....	49
5.	Empiri.....	51
5.1	Engasjement i en helsesak.....	51
5.1.1	Respondentenes bakgrunn som engasjerte.....	51
5.1.2	Respondentenes følelsesmessige utbytte.....	55
5.1.3	Engasjementets påvirkning på respondentenes dagligliv	56
5.1.4	Respondentenes egne målsetninger, og deres vurdering av betydningen av engasjement i befolkningen (innen deres respektive områder)	57
5.1.5	Respondentenes vurdering av faktorer som kan fremme engasjement (innen deres respektive områder).....	60
5.1.6	Respondentenes vurdering av faktorer som kan hindre engasjement (innen deres respektive områder).....	62
5.2	Hva kjennetegner problemet med antibiotikaresistens?.....	64
5.2.1	Respondentenes tanker om antibiotika og antibiotikaresistens.....	64
5.2.2	Respondentenes tanker om sammenligningen mellom klimaendringene og antibiotikaresistens	67
5.2.3	Respondentenes tanker om holdninger i befolkningen	68

5.2.4	Respondentenes tanker om medias effekt på folks bevissthet	72
5.2.5	Menneskelige og samfunnsmessige forhold	75
5.2.6	Respondentenes tanker om befolkningens rolle i arbeidet med å redusere resistens	78
6.	Drøfting	82
6.1	Innledning	82
6.2	Faktorer som fører til engasjement i helse relaterte saker.....	82
6.2.1	Probability	82
6.2.2	Benefit.....	84
6.2.3	Duty.....	86
6.2.4	Cost	86
6.3	Besvarelse av forskningsspørsmål 1	87
6.4	Kjennetegn på problemet med antibiotikaresistens.....	88
6.4.1	Probability.....	88
6.4.2	Benefit.....	92
6.4.3	Duty.....	99
6.4.4	Cost	100
6.5	Besvarelse av forskningsspørsmål 2	101
6.6	Sammenstilling og oppsummering.....	102
7.	Konklusjoner	106
7.1	Hovedfunn.....	106
7.2	Videre forskning	107
8.	Referanser	108
	Vedlegg 1 - Intervjuguide Kosthold.....	119
	Vedlegg 2 - Intervjuguide Kreft.....	122
	Vedlegg 3 - Intervjuguide Klima	125

1. Innledning

1.1 Et medisinsk vidunder

Antibiotika er et fellesnavn for medikamenter som brukes til å behandle bakterielle infeksjoner. Disse medikamentene kan deles i to kategorier, basert på to forskjellige virkemåter; et baktericid antibiotikum, for eksempel Penicillin, dreper bakterier ved at det forstyrrer dannelsen av bakteriens cellevegg eller dens celleinnhold, mens ett bakteriostatisk middel stopper bakterien fra å formere seg. Et antibiotikum må kunne utøve sin funksjon uten å påføre menneskekroppen stor skade. Dette er mulig fordi menneskets celler og bakterienes celler er ganske forskjellig bygget opp, og målet er derfor at medisinen kun angriper de celledelene som er unike for bakteriene. For eksempel så er bakteriecellene, i motsetning til kroppens egne celler, dekket av et flettverk av aminosukkerkjeder. Uten denne beskyttende celleveggen er bakterien sjanseløs. Mange typer antibiotika hindrer cellen i å lage byggesteiner til veggen, eller gjør det umulig å koble kjedene sammen (Spilde, 2004).

Penicillin blir sett på som en av de viktigste oppdagelsene i det 20. århundre. I den medisinske verden er det kanskje det største fremskrittet i historien. Antibiotika ble først oppdaget ved en tilfeldighet av den skotske legen Alexander Fleming i 1928, før H.W. Florey klarte å fremstille konsentrert penicillin ti år senere. I de påfølgende årene ble det nyutviklede legemiddelet tatt i bruk i England og USA, og forårsaket snart en drastisk reduksjon i dødeligheten av diverse infeksjonssykdommer (Øye, 2009). I etterkant ble det investert store summer i utviklingen av flere ulike typer antibiotika, og vi fikk omsider et imponerende arsenal av forskjellige antibiotika egnet til å behandle en hel rekke forskjellige bakteriesykdommer. Sykdommer som ble sett på som "spikeren i kisten" noen generasjoner før, ble nå enkelt bekjempet. I tillegg til å ha vært svært nødvendig for behandlingen av sykdommer de siste 75 år, så har antibiotika også vært en forutsetning for utviklingen av moderne medisinsk behandling. Medisinsk teknologi som transplantasjons- og protese-kirurgi, kreftbehandling med stråling og cellegift, samt alle andre kirurgiske inngrep er avhengig av antibiotika for å begrense infeksjonsfaren og for å dempe infeksjoner om de først oppstår.

Uten antibiotika er mange av disse avanserte behandlingsmetodene umulige å gjennomføre uten å utsette pasienten for livsfare (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6).

1.2 Mørke skyer på himmelen

Vi kan se på antibiotika som en suksesshistorie om hvordan mennesket fant mirakelkuren mot de lumske og usynlige fiendene fra mikroverdenen. Dessverre viste det raskt at noen bakterier, gjennom naturlig utvalg, utviklet resistens mot behandlingen. Bakterier blir resistente enten ved spontan mutasjon eller ved genetisk overføring mellom mikrober. Mutasjoner er spontane endringer i mikrobenes arvestoff (DNA eller RNA) uten tilførsel av nytt genmateriale utenfra. Slike endringer oppstår kontinuerlig. Genoverføring av arvestoff (horisontal overføring av egenskaper) skjer når mikroben tar opp i seg arvestoff fra omgivelsene i form av genelementer som kalles plasmider og transposoner. I artikkelen “*The End of Antibiotics?*” forklarer Sharon Begley fenomenet på følgende måte:

«Whenever a dose of penicillin killed a colony of, say, streptococcus, a few bugs that happened to be resistant to the drug survived. They reproduced by the trillions, bequeathing resistance to their progeny. They even passed the resistance genes to unrelated microbes, through bits of DNA called plasmids (Begley, 1994).»

I artikkelen “*De utvalgte smittestoffene*”, har Aavitsland og Helland (2008) følgende illustrerende kommentar om fenomenet: «*Charles Darwin ville trolig gledet seg over hvor godt hans oppdagelse av prinsippet for evolusjon gjennom naturlig utvalg illustreres av mikroorganismenes endringer som svar på antibiotika i deres miljø.*»

Utvikling av resistens er altså en iboende mekanisme og egenskap i bakterier. Dette er ikke ny kunnskap; nesten umiddelbart etter man begynte å behandle infeksjonssykdommer ved hjelp av antibiotika ble det oppdaget at noen bakterier utviklet resistens mot behandlingen. Faktisk advarte tidligere nevnte Alexander Fleming mot resistensutvikling allerede i desember 1945, under Nobelforelesningen i forbindelse med mottakelsen av Nobelprisen for oppdagelsen av nettopp penicillin (Fleming, 1945). Likevel har man ikke i løpet av de 70 årene som har gått klart å etablere en global, bærekraftig modell for bruk av antibiotika for å unngå resistensutvikling.

Det har rådet en gjengs oppfatning om at man ved å utvikle stadig nye former for antibiotika ville holde også de resistente bakteriene i sjakk (Lie, 2008). Slik ble det ikke; siden den gang har det blitt utviklet stadig flere resistente bakterier, og stadig mindre nye typer antibiotika. Ifølge Folkehelseinstituttet har utviklingen av nye antibiotikaklasser stoppet opp, og bare noen få nye typer antibiotika er kommet på markedet de siste 30 årene (Bjørnholt m.fl., 2014).

I dag er antibiotikaresistens er en trussel mot den globale folkehelsen og er knyttet til anslagsvis 25.000 dødsfall årlig i EU alene, samt i overkant av 1,5 milliarder euro i økte kostnader knyttet til medisinsk behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 26). Med andre ord så er antall døde grunnet resistens og antallet døde i trafikkulykker i EU i dag omtrent det samme (European Commission - Directorate General for Mobility and Transport, 2006). En redegjørelse om antibiotikaresistens (Holanec, 2016) viser at om utviklingen får fortsette som nå så vil man i 2050 ha en situasjon der det på årlig verdensbasis dør 10 millioner mennesker grunnet resistens mot antibiotika. Det er flere enn antallet døde som følge av kreft i 2012 (8,2 millioner (WHO IARC, u.d.). Verdens helseorganisasjon (WHO) slo i 2012 fast at dette er en av de største helsetruslene verden står ovenfor, fordi vi risikerer at infeksjoner som i dag regnes som ufarlige, i fremtiden kan bli et alvorlig helseproblem og en hyppig dødsårsak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6).

1.3 Finnes det håp?

Det finnes mange spørsmål knyttet til fremtiden og antibiotika, men også noen svar. Man har et godt bilde av hva som må gjøres: for å hindre utvikling av antibiotikaresistens så må forbruket av antibiotika reduseres. Hvordan dette skal gjøres er det vanskeligere å svare på. Resultater av forskning ved Universitetet i Tromsø har gitt oss kunnskap om at hvis man slutter å bruke et antibiotikum fordi bakterier har utviklet resistens mot det, så vil det ta omlag 50 år før bakteriene har mistet de egenskapene som gjorde at de var resistente mot antibiotikumet. (Øvreberg, 2011). Resistens er altså en utfordring vi har visst om i lang tid, og som vil være med oss i fremtiden i lang tid, og kanskje i større og større grad. For å håndtere utfordringene knyttet til økt resistens så kreves en helhetlig, felles respons, som involverer alle «stakeholders»; det være seg internasjonale organisasjoner som FN og WHO, nasjonale myndigheter, ekspertgrupper, nasjonale helsevesen, helseindustri, og, ikke minst, pasienter og befolkningen

forøvrig. Viktigheten av pasienter og befolkningens deltakelse i denne innsatsen understrekes av WHO i publikasjonen “*Global Action Plan on Antimicrobial Resistance*” (2015a, s. 15), som har som overordnet mål å sørge for at man, så lenge som mulig, har mulighet til å behandle og forebygge infeksjonssykdommer ved hjelp av antibiotika. Av planens 5 strategiske målsetninger, så er den første målsetningen å «*øke bevisstheten og forståelsen av antibiotikaresistens og å fremme atferdsendring, gjennom effektiv kommunikasjon, utdanning og opplæring* (egen oversettelse fra engelsk, *ibid.*).» Et av tiltakene som ønskes er å inkludere antibiotika og resistens som en del av undervisningen i skolen for å oppnå bedre kunnskap og forståelse fra en ung alder (*ibid.*). Dette fordi WHO erkjenner at det er alles ansvar å bevare effektive antibiotika, og at ansvarlig bruk kan hjelpe med å stoppe utviklingen av resistente bakterier, slik at også fremtidige generasjoner kan ha nytte av antibiotika. WHO mener er derfor avgjørende at befolkningen har en grunnleggende forståelse av hvorfor bevaringen av effektive antibiotika er så viktig, hva som forårsaker resistensutvikling, og hvordan antibiotika kan brukes på en mest mulig skånsom og effektiv måte. (ECDC, u.d.)

1.4 Problemstilling

Jeremy Farrar, direktør for den veldedige organisasjonen Wellcome Trust, skrev i artikkelen “*How can we tackle antibiotic resistance*” (2015), publisert i World Economic Forum, at om problemet med antibiotikaresistens skal kunne håndteres på en effektiv måte så må innsatsen også omfatte andre fagfelt enn biovitenskap. Han mener at folk anser antibiotika som en forbruksvare, og viser til en undersøkelse i Storbritannia som konstaterte at til og med folk som forstår hvorfor antibiotikaresistens utvikles bidrar til problemet ved å ta antibiotika uten resept og ved å gi medikamentet videre til familiemedlemmer. Han mener videre at endringer i slik “destruktiv atferd” krever at man har en bedre forståelse av de sosiale og kulturelle faktorer som driver denne atferden, og at man kan dra nytte av fagfelt som historie, psykologi, sosiologi, antropologi, økonomi og markedsføring for å oppnå en slik forståelse (*ibid.*) Atferden som Farrar beskriver, og de bakenforliggende mekanismene som forårsaker slik atferd, er ikke nødvendigvis universelle. Kultur, samfunnsoppbygging, økonomi og politikk er faktorer som er med å forme folks tanker og atferd. Likevel er tanken på en flerdisiplinert tilnærming til problemet spennende. I denne forbindelse kan det å knytte kunnskap fra risikostyring og sikkerhetsledelse til et tema som sorterer under domenet “*helse*” resultere i nye perspektiver og ny kunnskap.

I revidert statsbudsjett for 2016 (Regjeringen, 2016) foreslår Regjeringen 5 millioner kroner til en nasjonal kampanje mot antibiotikaresistens. Formålet med kampanjen er å informere befolkningen om sammenhengen mellom overforbruk av antibiotika og utvikling av antibiotikaresistens, med det mål om å få ned bruken av antibiotika. Forslaget bygger på “Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), som sier at informasjon til befolkningen kan være et viktig tiltak for å redusere etterspørselen etter antibiotika.

Med bakgrunn i dette kan det være behov for økt forståelse av hvordan befolkningen opplever antibiotikaresistens som problem, og hvorvidt befolkningen opplever mulighet, plikt eller behov for å engasjere seg i resistensproblematikken. Følgende problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål vil derfor være oppgavens utgangspunkt:

Hva hemmer og fremmer folks engasjement rundt antibiotikaresistens?

- 1. Hvilke faktorer fører til engasjement i helserelaterte saker?**
- 2. Hva kjennetegner problemet med antibiotikaresistens?**

Min oppgave vil primært fokusere på forholdene mellom befolkningen, antibiotika og antibiotikaresistens. Ved å anvende relevant teori knyttet til risikopersepsjon, sosiologi og psykologi ønsker jeg å se på hvilke faktorer som hemmer og fremmer folks holdninger, interesse og innsats for et felles gode som antibiotika. Holdninger, interesse og innsats samles i begrepet “*engasjement*”. Engasjement kommer i mange former og på mange nivåer, og det begrenser seg ikke til å stå på barriadene for saken man er opptatt av. Engasjement kan i denne sammenheng være å avstå fra å ta en antibiotikakur for å ikke bidra til å utvikle resistens, om dette er medisinsk forsvarlig. Engasjement kan være å fullføre en påbegynt antibiotikakur fordi man har kunnskap om at å ikke gjøre det kan fremme resistens. Det kan også være å ikke presse legen til å skrive ut antibiotika selv om man ønsker å bli frisk raskest mulig. Engasjement kan også være å informere, skape diskusjon og snakke om antibiotikaresistens blant venner, familie og andre bekjente.

Forskningsspørsmålene er definert ved å trekke ut to essensielle deler av problemstillingen, nemlig “*folks engasjement*” og “*antibiotikaresistens*”. Forholdet mellom mennesker og antibiotika sorterer normalt under domenet helse, som vil bli diskutert nærmere i neste underkapittel. For å ha grunnlag til å si noe om dette forholdet så ønsker jeg å finne ut hva som fører til at noen mennesker blir engasjert i saker som relateres til helse. Deretter vil det være viktig å avdekke hva som kjennetegner antibiotikaresistens som problem, og hvordan disse kjennetegnene påvirker folks oppfatning, tanker og holdninger. Ved å sammenligne disse kjennetegnene med de faktorer som avdekkes i arbeidet med det første forskningsspørsmålet så danner dette grunnlag for å besvare problemstillingen.

1.5 Avgrensinger og avklaringer

Noen avgrensinger er en naturlig følge av oppgavens omfang, mens noen avgrensinger er konsekvenser av bevisste valg knyttet til fremgangsmåte og utforming. Selv om oppgavens kontekst er antibiotikaresistens, så vil det være lite fokus på antibiotikaresistens som medisinsk fenomen, altså de biologiske årsaker bak hvordan og hvorfor resistens utvikles. Det legges til grunn at økt antibiotikabruk i befolkningen fører til økt resistensutvikling. Oppgavens hovedfokus vil være på forholdet mellom befolkningen og antibiotikaresistens og vil ikke omhandle antibiotikabruk i landbruk og oppdrettsnæringer, selv om det også er en viktig del av den overordnede problematikken. Det vil også være begrensninger knyttet til analysen de kulturelle og samfunnsmessige faktorene som følger av begrensninger i oppgavens omfang. Undersøkelsen av engasjement innen helse er begrenset til tre temaer. Størrelsen på utvalget er i seg selv en begrensning, følgelig vil det ikke være mulig å fange alle relevante nyanser.

Oppgavens empiriske grunnlag baserer seg altså på innsamlede data fra intervjuer med respondenter som er engasjerte i tre forskjellige helserelaterte områder; kosthold, kreft og klima. Selv om kosthold og kreft kanskje har en klarere forankring i helse-begrepet, så favnes også klima av dette begrepet i denne oppgaven. Dette fordi klima av mange blir sett på som den største trusselen mot global helse i det 21. århundre (Costello, m.fl., 2009). Med bakgrunn i dette vil begrepet helse omfatte både individuell helse, som av Peter F. Hjort (sitert av Fugelli, 2001) defineres som en «*optimal mulighet til å fylle de oppgavene og rollene man er sosialisert inn i*», og folkehelse, som av C.E.A Winslow (sitert av Stone County Health Department, u.d.)

er definert som «*vitenskapen og kunsten å forebygge sykdom, forlenge liv og fremme helse gjennom organisert innsats og kunnskapsbaserte valg av samfunnet, offentlige og private organisasjoner, lokalsamfunn og enkeltpersoner*» (egen oversettelse fra engelsk).

1.6 Annen forskning

Det finnes flere kvantitative undersøkelser som måler, i ulike utvalg, hva folk vet om antibiotika og hva som forårsaker resistens. I november 2015 presenterte WHO (2015b) den til dags dato mest omfattende undersøkelsen, med over 10 000 respondenter fra til sammen 12 land.

Hensikten med undersøkelsen var å skaffe et bilde av folks bruk av antibiotika og deres kunnskap om antibiotika og antibiotikaresistens. Undersøkelsen fant at nesten to tredjedeler (64%) av respondentene var klar over at antibiotikaresistens er en utfordring som kan berøre dem selv og deres familier. Likevel var det liten forståelse for hvordan det kan berøre dem, og hva de kan gjøre for å adressere problemet. 64% av respondentene trodde at antibiotika kan behandle forkjølelser og influensa, selv om dette er tilstander som forårsakes av virus, noe antibiotika ikke fungerer mot. Nesten en tredjedel (32%) av respondentene trodde at man skulle stoppe å bruke antibiotika når man følte seg bedre, i stedet for å gjøre ferdig kuren slik den var blitt foreskrevet av lege (ibid.).

Undersøkelsen som ble referert til i underkapitlet “Bakgrunn for problemstilling” ble utført på vegne av Journal of Antimicrobial Chemotherapy og ble publisert i 2007 (McNulty m. fl).

Undersøkelsens hensikt var å undersøke om det fantes sammenhenger mellom den britiske befolkningens kunnskap om og holdninger til antibiotika, og deres bruk av antibiotika. Hva gjelder kunnskap om antibiotika og dets virkeområder var funn i denne undersøkelsen sammenlignbare med funnene gjort i WHO's undersøkelse. Man fant også at respondenter med lavere utdanningsnivå hadde mindre kunnskap om antibiotika enn respondenter med høyere utdanningsnivå. Likevel fant man ingen sammenheng som tilsa at økt kunnskap førte til mindre sannsynlighet for å bli forskrevet antibiotika. Det ble imidlertid funnet en positiv sammenheng mellom økt kunnskap og økt sannsynlighet for å fullføre en antibiotikakur som forskrevet.

Undersøkelsens mest interessante funn må sies å at økt kunnskap også øket sannsynligheten for bruk av antibiotika uten anbefaling eller forskriving fra lege.

Videre ble det også funnet at økt kunnskap blant kvinner også øket sannsynligheten for å gi forskrevet antibiotika videre til andre (ibid.). Undersøkelsen gir ingen svar på disse bemerkelsesverdige sammenhengene, men konkluderer med at det ikke finnes en enkel sammenheng mellom økt kunnskap om antibiotika og resistens, og mer forsvarlig bruk av antibiotika.

Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomførte i august 2015 en nettbasert spørreundersøkelse med formål om å få et inntrykk av folks holdninger og oppfatninger om antibiotikabruk og antibiotikaresistens, samtidig som det var en god mulighet til å spre informasjon og vekke interesse for temaet (Berg, m.fl.). Selv om undersøkelsen ikke er å anse som et vitenskapelig prosjekt med et representativt utvalg av befolkningen, så gir svarene fra de 11 000 respondentene som deltok en del interessante data. Svarene viser at kunnskapsnivået om antibiotika og resistens generelt er bra blant respondentene. Også i denne undersøkelsen fant man en positiv sammenheng mellom utdanningsnivå og kunnskap om antibiotika. De fleste visste hva antibiotikaresistens er og hvordan resistens oppstår, og kun et fåtall oppga at antibiotika var nødvendig mot virale infeksjoner. 77,4 % oppga at de hadde bedret sin kjøkkenhygiene, blant annet grunnet mange medieoppslag om forekomst av resistente bakterier i kylling. Samtidig var det et flertall som svarte at de opplever antibiotikaresistens som et reelt problem, men at det ikke angår dem selv enda. Selv om de fleste oppga at de trodde resistente bakterier kan gi sykdom som ikke lar seg behandle, så var det kun 21,7 % som trodde det var sannsynlig at det kunne gjelde dem selv i nærliggende fremtid. Til sammenligning var det 73,7% som trodde at det kunne angå dem selv på et senere tidspunkt i livet (ibid.).

Det var disse dataene som var utgangspunktet i en tankeprosess som nå har endt opp med denne oppgaven. De overnevnte undersøkelsene har fanget tall som sier noe om hva folk vet om antibiotika og antibiotikaresistens, og hvilke holdninger som finnes rundt bruk og misbruk. Min oppgave har som mål å finne ut hvorfor vi tenker som vi gjør om antibiotika og utfordringene knyttet til resistensutvikling, og hvorvidt dette skaper grobunn for et folkelig engasjement for å bevare antibiotika som et potent legemiddel også i fremtiden.

2. Kontekst

Formålet med dette kapitlet er å legge til rette for en felles forståelse mellom den som skriver og den som leser rundt temaer som er relevante for oppgaven. Kapitlet vil bestå derfor av utfyllende informasjon knyttet til begreper og temaer som ble presenter i innledningskapitlet, samt informasjon som har som formål å gi et bilde av hvordan situasjonen er i Norge i dag, både hva gjelder antibiotikaresistens og samfunnsengasjement.

2.1 Utvikling av resistens

Enhver visjon om fremtiden, dyster eller ikke, åpner for muligheter til endring og påvirkning. I så måte har antibiotikaresistens og global oppvarming mange fellestrekk i det at de nåværende konsekvenser av dagens situasjon er forholdsvis små, men de potensielle konsekvensene et sted i fremtiden kan bli enorme om man ikke på et tidlig stadium går inn for å endre kurs. Løsningen på resistensproblemet i seg selv er enkel; man har solide faglige holdepunkter for at det med overveiende sannsynlighet er en kausal relasjon mellom antibiotikabruk og resistensutvikling. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). Dermed må det totale forbruket av antibiotika ned om man ønsker å redusere resistensutviklingen. Selvsagt er situasjonen mer kompleks enn som så, da økonomiske interesser, politikk, kultur og pasientsikkerhet er sentrale elementer i problemstillingen.

Utvikling av resistens kan skje gjennom en endring av selve mikroben, i en prosess som kalles “transformasjon”, ved at fritt arvestoff (fra mikrober i nærheten) tas opp og bygges inn i mikrobens eget arvestoff slik at mikrobens egenskaper gradvis endres. Resistens kan også utvikles gjennom “transduksjon” som er en overføring av gener fra en bakterie til en annen ved hjelp av bakterievirus (altså virus som smitter mellom bakterier). En tredje måte kalles “konjugasjon”, en prosess som innebærer en overføring av arvestoff ved direkte kontakt mellom to mikrober. Disse mutasjonene eller genoverføringene kan føre til at en eller noen mikrober blir resistente mot et spesifikt antibiotikum eller flere typer antibiotika.

Resistens innebærer da at mikroben mangler de egenskaper eller strukturer som antibiotikumet angriper eller ved at mikroben produserer «motgift» i form av enzymer som bryter ned antibiotika. Om en populasjon med mikrober blir utsatt for et antibiotikum som noen av mikrobene har utviklet resistens mot, så vil disse overleve imens de andre mikrobene som ikke har utviklet resistens vil hemmes eller dø grunnet virkningen fra antibiotikumet. Hele prosessen er altså en naturlig seleksjon, hvor de mikrobene som er best tilpasset miljøet og dets påkjenninger, overlever (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s.50-51).

2.2 Hvorfor har utviklingen av nye antibiotika stoppet opp?

Antibiotikaresistens er et problem fordi det er en stadig økning i forekomst av resistens, samtidig som utviklingen av nye typer antibiotika stoppet opp. Som vi så i innledningskapitlet så har bare noen få nye typer antibiotika blitt utviklet de siste 30 årene (Bjørnholt m.fl., 2014). Hvorfor er det slik? For det første er antibiotika svært vanskelig å utvikle. Som vi så i innledningskapitlet så må et antibiotikum kunne utøve sin funksjon uten å påføre menneskekroppen stor skade. For det andre, som også er en konsekvens av det første, så er det svært kostbart å forsøke å utvikle nye typer antibiotika. Det følgende gir et bilde på det globale problemet med antibiotikaresistens.

Årlig omsetter legemiddelindustrien for mangfoldige milliarder dollar på verdensbasis. På Fortunes liste over verdens 500 største selskaper kan de farmasøytiske gigantene Pfizer, Johnson & Johnson og Roche Group skilte med å være henholdsvis nummer 211, 118 og 189 på listen (Fortune, 27 april 2016), alle med omsetning i størrelsesorden rundt 50 milliarder amerikanske dollar årlig. Alle tre har forskjellige typer antibiotika på deres repertoar. Pfizer regnes som pioneren innenfor fagfeltet, og utviklet under 2. verdenskrig prosedyrer og apparater for å masseprodusere penicillin, noe som ga de allierte styrkene en enorm fordel under krigføringen på det europeiske kontinentet (Ginsberg, 2008). Private farmasøytiske selskaper som de overnevnte har som mål å skape legemidler de kan tjene penger på. Med tanke på den enorme kundegruppen og det store behovet for antibiotika, så skulle man tro at dette var en gullgrube for slike selskaper og at konkurransen var knallhard for å utvikle og masseprodusere nye typer antibiotika som kunne avløse mindre potente typer. Slik er det imidlertid ikke.

I teksten “*Losing the superbug war*”, forklarer journalist Gary Finnegan (2011) en av årsakene til dette:

«I virkeligheten er ingen selskap villige til å investere (i utvikling av nye typer antibiotika) fordi hvis de skulle være så heldige å klare å utvikle et nytt, bredspektrert antibiotikum, så vil dette umiddelbart bli satt i karantene. Mikrobiologer ville frydet seg over det nye tilskuddet i deres arsenal, men det ville blitt holdt i reserve som en siste forsvarslinje. Dette ville selvfølgelig være den rasjonelle tingen å gjøre; hvis vi hadde vært for liberale i bruken av det nye antibiotikumet, så ville våre mikroskopiske fiender benytte anledningen til å utvikle resistens. Men legemiddelprodusentene er like rasjonelle i sin tankegang når de ikke er villige til å utvikle et legemiddel med en prislapp på nær 1 milliard, når dette knapt ville blitt brukt (egen oversettelse fra engelsk).»

Med en slik prislapp på utvikling av ny antibiotika kan det forstås at det heller prioriteres å masseprodusere allerede utviklede antibiotika. Dette er tross alt mye billigere. Ifølge Carl Nathan (2004) i Department of Microbiology & Immunology, Weill Cornell Medical College, produserer de fleste store farmasøytiske selskapene bredspektrede antibiotika, altså antibiotika som kan benyttes i behandlingen av forskjellige typer infeksjoner forårsaket av forskjellige typer bakterier. Men bruk av bredspektrert antibiotika, fremfor smalspektret, forårsaker en voldsom eskalering av resistensutviklingen. I et forsøk på å stagnere resistensutviklingen blir leger og doktorer bedt om å være veldig restriktive i behandling med antibiotika. Disse restriksjonene forårsaker tap for de farmasøytiske selskapene, som da heller sender halvparten av produsert antibiotika til matindustrien. Her benyttes legemiddelet for eksempel til å fostre større storfe, som gir større avkastning. Dette er med på å utvikle mer resistente bakterier som kan smitte over på mennesker igjen (ibid.). Det er en ond sirkel, og legemiddelindustriens kapitaljag er den sentrale årsaksfaktoren. Så hva kan gjøres for å motivere farmasøytiske selskaper til å vie tid og ressurser til å utvikle nye typer antibiotika? Ifølge Gary Finnegan (2011) kan løsningen være å støtte selskapene med offentlig subsidiering, enten gjennom egne forskningsbudsjetter eller ved at selskapene får utvidet patent på nyutviklet medikasjon, eller en kombinasjon av begge. Det er likevel store diskusjoner om fokuset bør være på utvikling av nye typer antibiotika, med bakgrunn i at bakterier også med tiden vil bli resistente mot nye typer når de introduseres. I filmen *Resistance* (2015, 1:04:25) sammenligner Ramanan Laximinarayan dette med å kjøre en ny bil og kjøre den på en dårlig vei. Den dårlige veien vil gi en dårlig kjøreopplevelse, og man tenker at man trenger en ny bil for å fikse problemet, mens hva man egentlig trenger er en ny vei.

Videre sier Laximinarayan (TED, 2014, 05:35) at investeringer i nye antibiotika vil kunne redusere incentiver for bevaringen av allerede eksisterende antibiotika.

2.3 Situasjonen i Norge i dag

23 Juni 2015 ble en ny nasjonal strategi mot antibiotikaresistens for 2015-2020 lansert. Denne publikasjonen er et tverrdepartementalt produkt som presenterer de tiltak som planlegges for å oppnå mindre og riktigere bruk av antibiotika. Disse tiltakene inkluderer også økt innsats for å erverve mer kunnskap om hva som driver utvikling og spredning av antibiotikaresistens. I tillegg skal Norge være deltaker og pådriver i internasjonale samarbeid innenfor problematikken. De sektorspesifikke mål innen helse innebærer blant annet at antibiotikabruken i befolkningen skal reduseres med 30 prosent (målt i DDD/1000 innb/døgn) sammenlignet med 2012. Norge skal også være blant de tre landene i Europa som bruker minst antibiotika til mennesker (Helse- og omsorgsdepartementet, s. 8).

I forbindelse med publiseringen av strategien sa Helse- og omsorgsminister Bent Høie i et intervju med TV2 (Johannessen og Tangen, 2016) at han håper at befolkningen generelt er villig til å kutte i forbruket. Ifølge artikkelen opplever leger ofte at folk selv ønsker antibiotika, og Høie oppfordrer pasienter til å ikke forsøke å kreve antibiotika når legene fraråder det. På spørsmål om hva ministeren tror er årsaker til at så mye antibiotika er blitt brukt, så svarte han *“Vi har nok sett på antibiotika som det som får oss opp av sengen. Og så har vi nok ikke vært tilstrekkelig klar over hvor alvorlige konsekvenser antibiotikaresistens har”*.

I strategien står det å lese at: *“Hvis antibiotika skal forbli et globalt fellesgode for kommende generasjoner, må vi sette oss ambisiøse mål for arbeidet mot antibiotikaresistens”* Om man er kritisk med tanke på ordvalg, så kan et raskt søk i Regjeringens dokumentdatabase vise at disse målsetningene strengt tatt er blitt mindre ambisiøse de siste årene: målene i strategien for 2015-2020 dreier seg om å redusere den totale bruken av antibiotika, bruken skal være riktigere, og kunnskapen om hva som driver utvikling og spredning av resistens skal øke. Resistens eller resistensutvikling er altså ikke nevnt i strategiens overordnede målsetninger. I den foregående strategien av 2008 er nemlig en av hovedmålsettingene at *“Forekomsten av antibiotikaresistens i Norge skal ikke øke”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 15).

Likevel viser den felles rapporten fra Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober og Norsk overvåkingsprogram for antibiotikaresistens i mikrober fra fôr, dyr og næringsmidler (NORM/NORM-VET) fra 2014 en klar resistensutvikling hos mange bakterier i forhold til flere typer antibiotika i

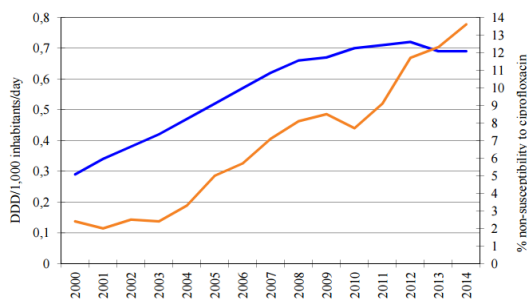


FIGURE 44. Usage of ciprofloxacin (blue) and prevalence of ciprofloxacin non-susceptibility in *Escherichia coli* blood culture isolates as defined by the 2015 breakpoints (orange) 2000-2014.

Figur 1

tidsrommet 2008-2012. For eksempel viser figur 44 i rapporten (s. 62, her: Figur 1) en dramatisk økning i ikke-følsomme blodkultur-isolater av *Escherichia coli* (e. coli) bakterier i forhold til bruken (målt i døgndoser per tusende innbygger) av det bredspektrede antibiotikummet ciprofloxacin i tidsrommet 2000-2014.

Samtidig viser en rapport utarbeidet av Folkehelseinstituttet i 2016, som ser på data fra Reseptregisteret i tidsrommet 2011-2015, at antibiotikaforbruket er noe redusert, men langt ifra nok om målene som er satt i den nasjonale strategien for 2015-2020 skal nås. Rapporten konkluderer med at det må en økt og målrettet nasjonal innsats til for å oppnå en større årlig reduksjon (Berg, m.fl., 2016). Likevel er situasjonen i Norge relativt gunstig sammenlignet med andre land. I dag forskrives 90 % av all antibiotika til humant bruk utenfor sykehus (under 15% av totalforbruket i Norge målt som kg virkestoff brukes til dyr/fisk). Det er derimot godt dokumentert at en stor del av antibiotika-forskrivningen er knyttet til selvbegrensende infeksjoner i øvre luftveier og urinveier og altså dermed er unødvendig (Steinbakk, 2014, s. 55) Det er heller ikke mulig å isolere seg fra hva som skjer ellers i verden. Antibiotikaresistens flytter seg over landegrensener gjennom handel, mat, mennesker, dyr og miljø, og krever både en lokal, nasjonal og global respons (Helse- og omsorgsdepartementet, s. 6).

2.4 Antibiotikaresistens i media

De siste årene har antallet artikler og innslag i norske medier som omhandler antibiotika og resistens økt. Ved hjelp av en søkemotor finner man at VG Nett fra oppstarten 10 oktober 1995 og frem til og med 1999 hadde 3 artikler som inneholdt ordene “antibiotika” og “resistens”. Tilsvarende finner man at i perioden fra 2000 til og med 2004 ble det publisert 9 artikler, imens det fra 2005 til og med 2009 ble publisert 20.

Fra 2010 til 2015 ble det publisert 52 artikler som inneholdt begge disse ordene, imens det fra og med 2015 og frem til slutten av april 2016 ble publisert 42 artikler. I denne fremstillingen er det ikke tatt høyde for nettavisens utvikling til å bli det foretrukne nyhetsmediet for en stor andel av befolkningen, og at dette selvfølgelig har innvirkning på mediehusenes prioritering av nettaviser, og dermed også generelle antallet artikler som blir publisert. Det er likevel interessant å se den store økningen, særlig de siste årene. Det er også interessant å se at budskapet i artiklene i stor grad er uendret, noe som eksemplifiseres av de to artiklene under, publisert i 2000 og 2015.

Fellesnevneren for de fleste av disse artiklene er at de som regel omhandler det faktum at for mange mennesker får antibiotika for lidelser hvor antibiotika ikke er nødvendig, som Dagbladets artikkel fra 28. Januar 2016, med overskrift “Over 50.000 nordmenn får unødvendig antibiotika” (NTB, 2016). De fleste artiklene omtaler også at resistente bakterier er på

fremmarsj, som artikkelen i Aftenposten med samme navn (Sun/Kluge, 2015), imens andre fokuserer på at det årlig dør 25.000 mennesker i EU som følge av antibiotika som ikke virker (Bugge og Larsen-Vonset, 2014). Foruten disse tidsmessig relativt sporadiske artiklene så har medias fokus på antibiotika de siste årene kretset rundt fire begivenheter som jeg nå vil gi en kort fremstilling av.



Figur 2: To artikler hentet fra VG.nett. Publisert henholdsvis 3. mars 2000 og 31. januar 2015.

I slutten av 2014 rettet flere medier fokus mot tilsetning av narasin i fôr i fjærkrenæringen. Narasin er et tilsetningsstoff med antibakteriell effekt som i Europa er klassifisert som et koksidosatika, altså er det et tilsetningsstoff til bruk i fôrvarer, og ikke et legemiddel (Mattilsynet, 2014). Medienes fokus førte til stor negativ oppmerksomhet i befolkningen, og saken ble omtalt i alt fra matblogger til debattinnlegg i avisene. Debatten dreide seg i hovedsak rundt hvorvidt kylling var så sunt som folk trodde, og hvorvidt det var sammenheng mellom hvor billig kylling var og mengden resistente bakterier.

Oppmerksomheten førte til at kyllingsalget sank, noe som igjen førte til at produsenter som Nortura startet arbeidet med å utfase bruken av narasin (Nortura, 2016).

Sakens utgangspunkt var at det i en rapport fra Folkehelseinstituttet (Steinbakk, m.fl., 2014, s. 20) ble konstatert at det finnes EBSL-produserende *E. coli* bakterier i 32,2 % av undersøkte kyllingfileter tilgjengelig i butikk. Videre stod det at bakteriene *“mest sannsynlig (er) blitt introdusert til norsk fjørfe via import av foreldredyr (...)”*. Altså var det ingen direkte kobling mellom bruken av narasin i fôr og påvisningen av *E. coli* bakterier i butikk-kylling. Man kan derfor se på saken som at en fjær ble til fem høns, da media skapte oppmerksomhet i befolkningen basert på faktorer hvor det ikke var bevist en sammenheng. Eller man kan se på saken som en demonstrasjon av befolkningens forbrukermakt gjennom publisitet i både tradisjonelle og sosiale medier.

Den tidligere nevnte lanseringen av den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens 2015-2020 i juni 2015 fikk endel oppmerksomhet i de største avisene. Særlig var det målsetningene om å redusere bruk av antibiotika med 30 prosent som ble frontet i overskriftene. I dagene som fulgte høstet planen både honnør og kritikk i avisenes spalteplass. Regjeringen ble gitt honnør fordi den trappet opp kampen mot antibiotikaresistens (Aftenposten redaksjon, 2015), samtidig som planen også fikk kritikk i en artikkel i VG (Flåm, 2016) for å være underdimensjonert og *“milevis fra tøff nok”* i møte med en utfordring som antibiotikaresistens. I samme artikkel ga medisinprofessor Ørjan Olsvik ved UiT uttrykk for at Regjeringens bevilget *“småpenger”*, 5 millioner kroner, til arbeidet mot resistens.

18 november er den årlige Europeiske Antibiotikadagen. Dette er et europeisk folkehelseinitiativ som FHI markerer med fagdag for helsepersonell om antibiotika og resistens. Selv om dagen i tidligere år er blitt gitt noe oppmerksomhet i norsk medier, så må markeringen i 2015 sies å ha havnet i skyggen av terrorangrepet i Paris 13. november.

Ved søk etter relevante nyheter på den aktuelle datoen og dagene som fulgte, så ble det kun funnet artikler som omhandlet markeringen i Nationen og NRK Troms, samt et debattinnlegg i Aftenposten. Det er interessant i seg selv, men også naturlig, at tidskritiske, voldsomme hendelser som det som skjedde i Paris tar oppmerksomheten bort fra markeringen som den Europeiske Antibiotikadagen, en markering som i og for seg er viktig i arbeidet for å hindre store, fremtidige utfordringer knyttet til antibiotikaresistens.

15. mars 2016 sendte NRK Brennpunkt en dokumentar kalt "Bakterietrusselen". Dokumentaren omhandlet i hovedsak tre nordmenn som var blitt smittet med multiresistente bakterier, samt informasjon om produksjon av virkemidler til antibiotika i India og innslag med overlege Dag Berlid, ekspert på antibiotika og resistensutvikling. Visningen av dokumentaren skapte et stort engasjement på Brennpunkts Facebook-side (figur 3) og var ifølge Brennpunkt selv en av de dokumentarene som engasjerte flest folk så langt i 2016, basert på aktivitet i kommentarfeltene (figur 4).

2.5 Er nordmenn engasjerte folk?

Nordmenns engasjement materialiserer seg i ulike former og på ulike arenaer, for eksempel i medlemskap i idrettsklubber, lokalforeninger og ideelle organisasjoner. I Norge er Stiftelsen Norsk Luftambulans den største ideelle medlemsorganisasjonen, med hele 706000 medlemmer, hvor målet er å redde liv og helse gjennom å styrke luftambulansetjenesten i hele Norge (Norsk Luftambulans, u.d).



Figur 3: NRK Brennpunkts Facebook-side.

Hentet: 12. mai 2016



Figur 4: NRK Brennpunkts Facebook-side.

Hentet: 12. mai 2016

Nå skal det ikke hevdes at alle de hundretusener av medlemmer er like engasjerte i organisasjonens arbeid, men deres medlemskap representerer likevel en erkjennelse av viktigheten av det arbeidet som Norsk Luftambulans utfører. Flere ideelle organisasjoner utgjør en stor betydning innenfor sine fokusområder. Som eksempel bør nevnes Sykehuset i våre hender, som har som mål å skaffe Stavanger Universitetssjukehus tidsmessig og moderne medisinsk teknisk utstyr. Ifølge deres egne nettsider har organisasjonen, siden starten i 1984, samlet inn mer enn 130 millioner kroner. Dette har muliggjort innkjøp av en rekke avansert medisinsk utstyr, nå sist en ny PET-skanner til 25 millioner kroner (Jåsund, 2015).

Andre måter engasjement gis uttrykk for er i form av demonstrasjoner og tog. De siste årene har vi sett demonstrasjoner som har samlet et stort antall mennesker som ønsker å gi uttrykk for felles syn og holdninger. Et eksempel er da flere tusen møtte ved sykehuset i Kristiansund i 2010 for å markere kravet om å få beholde akuttfunksjonen ved sykehuset (Reite, 2010). Et annet godt eksempel er da flere tusen mennesker gikk i fakkeltog mot mobbing i Oslo, november 2014 (Grymer, Lauritzen og Finstad, 2014).

En tredje arena hvor befolkningen får utløp for sitt engasjement er gjennom kommentarfeltene i media og via sosiale medier. Disse havner i samme kategori fordi grensene mellom de to blir gradvis visket ut. En-til-mange-kommunikasjonen, som har vært et kjennetegn for tradisjonelle massemedier, transformeres sakte mot modellen som kjennetegner de sosiale medier, hvor man har en kommunikasjonsform hvor mange kommuniserer med mange. Leserne får mulighet til å ytre deres mening i nettavisenes kommentarfelt, samtidig som artiklene ofte blir publisert på avisenes egne sider på sosiale medier og derfra delt videre av andre brukere. Et godt eksempel på lesernes engasjement, samt “flyten” mellom tradisjonelle og sosiale medier, er innlegget Shazia Sarwar (2015) skrev i VG i etterkant av terrorangrepet i Paris i januar 2015, kalt “*Kommentar: Spørsmål til den muslimske terroristen*”. Nærmere 200 mennesker ytret sin mening om innlegget og selve tematikken i kommentarfeltet, og innlegget ble, delt over 60 000 ganger på sosiale medier (Storyboard, u.d.)

3. Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere de teoriene jeg vil anvende i besvarelsen av oppgaven. De første underkapitlene inneholder ulike teorier knyttet til engasjement og forutsetninger for utvikling av dette. I lys av oppgavens tema vil “engasjement” i denne sammenheng være synonymt med “samfunnsengasjement”. De siste underkapitlene omhandler teori knyttet til krise og risikopersepsjon.

3.1 Hva er engasjement?

I en artikkel i Vårt Land (2015) forteller 8 deltakere på klimatoppmøtet i Paris om hvorfor de ble “klimaforkjempere”. Kisilu Musya, en bonde fra Motomo-distriktet i Øst-Kenya, forteller at hans klimaengasjement startet da han observerte hvordan avlingene hans ble gradvis dårlige, og dermed forvitret livsgrunnlaget hans. Videre forteller Silje Lundberg fra Harstad om Natur & Ungdoms Nord-Norge-region i hennes hjemby vekket hennes engasjement for å bevare klimaet. Disse to personene kommer fra helt forskjellige bakgrunner, og har helt forskjellige forutsetninger for å være engasjerte. Ifølge Karoline Bøyesen (2015) kan begrepet engasjement være et familiært, kjent og sterkt vitende begrep for mange, men på samme tid så ukjent og abstrakt. Hun spør seg: «*Hva legger man egentlig i det å være engasjert og hvordan oppstår engasjement? Er det en variabel og en medfødt egenskap eller er det noe som kommer frem trigget av sosiale, eksterne og utenforliggende hendelser?* (Ibid.) Med bakgrunn i disse spørsmålene vil jeg i dette delkapitlet forsøke å legge et teoretisk grunnlag for hva engasjement er, og hva som driver individers engasjement for samfunnsrelaterte spørsmål og utfordringer.

Innen statsvitenskapen og sosiologiske kretser defineres begrepet “samfunnsengasjement” (engelsk: civic engagement) svært forskjellig, Nettopp derfor er begrepet, ifølge Ekman og Amnå (2012, s 284) ofte mer forvirrende enn opplysende. Politikorienterte definisjoner ser på samfunnsengasjement som borgernes aktive deltakelse i politiske beslutningsprosesser, og at dette engasjementet er den aktive delen av medborgerskap. I følge Enjolras m.fl. (2013, s. 19) er medborgerskap en status definert av et sett med rettigheter og plikter. I tillegg er medborgerskap også knyttet til en identitet, da det uttrykker medlemskap i et politisk fellesskap.

Et eksempel på en definisjon som favner flere sfærer er ført i pennen av Thomas Ehrlich, som i boken *Civic Responsibility and Higher Education* sier at samfunnsengasjement er et «*arbeid for å utgjøre en (positiv) forskjell i livet til innbyggerne i et samfunn, samt å utvikle kombinasjonen av kunnskap, ferdigheter, verdier og motivasjon som behøves for å gjøre dette arbeidet. Det handler om å fremme livskvaliteten i samfunnet gjennom politiske og ikke-politiske prosesser.*» (egen oversettelse fra engelsk, 2000, s. iv (Preface)). Michael Della Carpini definerer begrepet til å omhandle aktiviteter som inngår i alt fra frivillig arbeid, organisatorisk involvering og politisk valgdeltakelse (sitert av Ekman og Amnå, 2012). Sistnevnte definisjon stemmer godt overens med funnene til Noor Jdid (Stipendiat ved Institutt for Fredsforskning (PRIO) og Senter for kvinne- og kjønnsforskning (SKOK)) i hennes forskningsprosjekt om samfunnsengasjement i Norge og Danmark, hvor hun, gjennom dybdeintervjuer og gruppesamtaler, prøver å finne ut hva nær 100 informanter definerte som samfunnsengasjement. Hennes funn viser at den vanligste forståelsen for samfunnsengasjement er frivillighet, dugnad, veldedighet og politisk deltagelse (i for eksempel et politisk parti eller ved valg) (Jdid, 2015). Adler og Goggin mener at man må tenke på begrepet som et kontinuum som strekker seg fra den private sfære til den formelle eller offentlige sfære. Den private sfære dekker individuelle handlinger som rommer alt fra å hjelpe naboen til å diskutere politikk med en venn, imens den formelle eller offentlige omhandler kollektiv handling, som aktiviteter i et parti, en organisasjon eller en interessegruppe (sitert av Ekman og Amnå, 2012).

3.2 Hvorfor blir man engasjert?

På samme måte som det finnes mange definisjoner på samfunnsengasjement, så finnes det også mange teorier som omhandler hvilke forutsetninger som må være tilstede for at man skal bli samfunnsengasjert. Ifølge Petersson m. fl kan en kortfattet si at personlig interesse, handlinger og muligheter for innflytelse er sentrale forutsetninger (sitert av Ødegård, 2003). Tilsvarende presenterte William Riker og Peter Ordeshook i utgivelsen *A Theory of the Calculus of Voting* (1968) en matematisk modell som viser sammenhengen mellom ulike forhold som påvirker personers rasjonelle beslutning om å utvise samfunnsengasjement ved å avgi stemme i et demokratisk valg. Utarbeidelsen av denne teorien kom som en reaksjon på tidligere teorier som sa at å stemme ved valg var en irrasjonell handling fordi det for den individuelle valgdeltaker koster mer å avgi stemme enn hva en kan forvente å få igjen.

Deres anvendelse av modellen utleder at det for individer er et rasjonelt valg å bruke sin stemmerett, samtidig som det er et like rasjonelt valg å ikke bruke sin stemmerett. Vurderingen av individets rasjonelle valg er basert på hvilke verdier det selv tilskriver fire forhold. Disse fire forholdene inngår i en modell som ser slik ut: $P*B+D>C$, hvor P (Probability) er opplevd sannsynlighet for at ens individuelle handling (i dette tilfellet; å avgi stemme) vil ha påvirkning på utfallet eller saken man tar utgangspunkt i, B (Benefit) er opplevde fordeler ved en beslutning, hendelse eller tilstand som svinger i personens favør, i forhold til en foruteksisterende tilstand. D (Duty) representerer følelsen av samfunnsplikt. C (Cost) er kostnad i tid, penger og energi knyttet til deltakelsen.

Anthea Watson Strong (2014) i Google Civic Innovation Team, som jobber med å utvikle og analysere verktøy for å skape samfunnsengasjement har løftet modellen ut av konteksten “deltakelse i et demokratisk valg” og lar den gjelde for alle former og nivåer av samfunnsengasjement, fordi prinsippene er de samme. Med andre ord kan man si at samfunnsengasjement avhenger av at summen av opplevde muligheter for å utgjøre en forskjell og hva man føler at denne forskjellen kan bety i forhold til en foruteksisterende tilstand, addert med i hvilken grad man har en følelse av plikt knyttet til saken, må være større enn de tidsmessige, innsatsmessige og/eller økonomiske kostnader som er knyttet til dette. Watson påpeker at (B) også omfatter altruistiske tilnærminger, og er dermed ikke avgrenset av personens egeninteresse. Som utvikler av engasjementfremmende verktøy jobber Watson Strong med å øke sannsynligheten for individuell innflytelse (P), øke følelsen av samfunnsplikt (D), og senke kostnad knyttet til deltakelsen (C). Slike verktøy kan i liten grad påvirke opplevde fordeler og foruteksisterende tilstander, da dette i hovedsak er et produkt av personlige følelser og motivasjonsfaktorer (ibid.)

Motivasjon er, ifølge Kaufmann og Kaufmann (sitert av Renolen, 2010, s 41) en «*prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd*».

Denne drivkraften kan være et resultat av en tilstand i kroppen, i våre bevissthet/ubevissthet og/eller i vårt sosiale miljø, altså både ytre og/eller indre tilstander (ibid.). Motivasjon kan altså ses på som en “motor” i mennesket, men i motsetning til vanlige motorer så trekker imidlertid ikke alltid denne motorens drivkrefter i samme retning.

Riktignok finnes det en styringsenhet, det bevisste ego, som er i stand til å ta selvstendige og ansvarlige valg. Men samtidig mottar mennesket stadig impulser fra vårt ubevisste, biologiske system, og vi lever i sosiale omgivelser som også forsøker å forme og påvirke oss. (Helgesen, 2012, s 77). Det er rimelig å anta at vi motiveres mest mot handlingsmål som bidrar til positive følelser. Med andre ord er det en tett kobling mellom emosjoner og motivasjon. Følgelig vil oppnåelsen av bestemte emosjonelle opplevelser i mange tilfeller være selve målet for atferden vår. «(...) I tillegg resulterer særlig sterke følelser hyppig i handling, og utgjør i slike tilfeller selve motivasjonskilden» (ibid., 78). Ifølge psykologspesialist Gaute Godager (2014) er det kun følelser som skaper handling. Dette kan være positive følelser som mestring, lojalitet, tilknytning, interesse og læringsglede, samt glede og varme. Han mener også at det kan være negative følelser som frykt, skam, skyld, sinne, misunnelse, indre krav om rettferdighet, samt avsky og forakt.

Et annet perspektiv ser på samfunnsengasjement som et produkt av utløsende hendelser, eller triggere. Andersson m.fl. (2012) kaller slike triggere for kritiske hendelser, og definerer det som «(...) hendelser som har et særlig potensial til å skape nye referanser, ny forståelse, nye identifikasjoner og nye skillelinjer på slike måter at de markerer et skille, et “før” og “etter” den aktuelle hendelsen.» Et eksempel på en kritisk hendelse er terroren som rammet USA 11. september 2001. Her hjemme kan vi karakterisere terroren som rammet oss 22. juli 2011 som en kritisk hendelse. Felles for disse to eksemplene er at de hadde stor innvirkning på myndighetenes og befolkningens refleksjon omkring samhold, trygghet og relasjoner mellom grupper med ulik bakgrunn (ibid.). Disse eksemplene utelukker ikke personlige opplevelser fra å karakteriseres som en kritisk hendelse. Slike hendelser kan også være triggere som utløser engasjement.

3.3 Kriser, og deres ulike karakteristikk

Kriser kommer i mange former og fasonger. Konflikter, menneskeskapte ulykker og naturkatastrofer er en stadig utfordring for fred og stabilitet i våre samfunn.

Selve begrepet “krise” dukker jevnlig opp i nyhetsoverskrifter, men også i dagligtalen.

Kriser kan ha svært varierende karakter, sett i et tidsperspektiv.

Hvor raskt eller sakte en krise utvikler seg og avsluttes er av stor betydning for hvordan dens alvorlighetsgrad blir vurdert av befolkningen, samtidig som krisens progresjon har stor betydning for hvordan krisehåndtering bør planlegges og gjennomføres (Olsen, Mathiesen og Boyesen, 2008, s. 63). 't Hart og Boin (2001, s. 32) deler kriser inn i fire grupper, ut ifra forskjeller i krisers utvikling og avslutning. "Fast-burning crisis" er kriser som tilsynelatende kommer som lyn fra klar himmel, før de etter noen hektiske timer eller dager avsluttes like raskt som de oppstod. "Cathartic crisis", eller rensende kriser, kjennetegnes ved at krisen eskalerer langsomt mot et klimaks der krisen løses raskt. Det er en spenning eller sårbarhet som bygges opp over lang tid, før den eksploderer i en konfrontasjon før den plutselig avsluttes. "Long-shadow crisis" er kriser som brått oppstår, men som får et langt etterspill. Selv om den kritiske situasjonen avsluttes relativt hurtig, så vil krisen avdekke et større spekter av problemområder som kan kreve politisk eller institusjonell omveltning. Ofte har disse "lange skyggene" bakgrunn i forholdene som forårsaket krisen, men de kan også forårsakes av mangel på tilstrekkelig handling fra myndighetene for å håndtere krisen på en skikkelig måte. "Slow burning crisis", eller en krypende krise, skiller seg fra de andre gruppene fordi det er vanskeligere å observere hvordan den progredierer; utfordringen ligger i å definere når en slik krise starter og når den er avsluttet. Utfordringer som ikke utgjør en umiddelbar fare fremkaller ikke nødvendigvis en unison oppfatning av at det er snakk om en krise. I tillegg råder det ofte stor usikkerhet rundt vurderinger av hvor stor faren er, og hvor store konsekvensene kan bli. Selv om eksperter på fagfeltet er bekymret og gir uttrykk for dette, betyr det ikke nødvendigvis at politiske beslutningstakere umiddelbart tar tak i problematikken; «... *most policy makers do not lose sleep over problems with a horizon that exceeds their political life expectancy*» (Boin m.fl., 2005, s.2). Ofte reduseres krisestemningen i de politiske fora i takt med at mediernes og befolkningens interesse avtar, og oppmerksomheten rettes mot nye situasjoner og kriser (Downs, 1972; Baumgartner og Jones, 1993, referert av 't Hart og Boin, 2001, s. 34). For politikerne blir det for slitsomt og kostbart å forholde seg til en mulig krise i fremtiden, selv om det er stor sannsynlighet for at den vil inntreffe (Olsen m.fl., s. 54). Folk flest mister fokuset på den mulige krisen, da man gjennom media til stadighet bombarderes med informasjon om mer tidskrisiske problemer. Slik går krisen i "dvale" frem til fageksperter presenterer ny forskning som viser noen skumle tendenser eller tall, som igjen fanger medias og befolkningens oppmerksomhet og setter krisen på den politiske dagsorden. Enn så lenge.

Slik fortsetter det, fordi slike kriser er tilsynelatende “uhåndterbare”, i hvert fall i et kort tidsperspektiv. I beste fall kan vi neglisjere en krypende krise i perioder, men den vil alltid dukke opp igjen (’t Hart og Boin, 2001, s. 34). Selv om vi ikke vier krisen kontinuerlig oppmerksomhet, så betyr det ikke at den slutter å utvikle seg utenfor våre synsfelt.

Et kjennetegn ved en krypende krise kan være at handlingene som akselererer krisen og driver den fremover ofte gir en større gevinst i et kortsiktig perspektiv. Dette gjenspeiles i handlinger hos både individet og samfunnet generelt. I klimaspørsmålet dreier det seg gjerne, på individnivå, om å kjøre til jobb i stedet for å gå eller sykle, fordi det er mer beleilig og gir større gevinst fordi man sparer tid. Valgene underbygges gjerne av en antakelse om at egeninnsats gir minimale utslag i positiv eller negativ retning, sett i et større perspektiv; man er selv bare en dråpe i havet. Likeledes, på samfunnsnivå, velger man kanskje kraftverk basert av fossile brennstoffer fremfor mer miljøvennlige, fornybare alternativer, fordi det gir større effekt og dermed større gevinst i et kortsiktig perspektiv. Å forstå det menneskelige aspektet, og hva som ligger bak de vurderingene som blir gjort, er essensielt for å forstå hvorfor en krise er og forblir “krypende”.

3.4 Allmenningens tragedie

I fortsettelsen av det overnevnte vil det være naturlig å se på forholdet mellom den individuelle rasjonelle atferden og kollektive interesser, og som grunnlag vil jeg bruke den spillteoretiske situasjonen som kalles Allmenningens tragedie. Økologen Garrett Hardin, forfatter av artikkelen *The Tragedy of the Commons*, forklarer allmenningens tragedie på følgende måte:

«Se for deg en beitemark åpen for alle. Det er å forvente at den enkelte gjeter vil prøve å ha så mye kveg som mulig på dette felles arealet. En slik ordning vil kunne fungere relativt tilfredsstillende over en lang tidsperiode, fordi kriger mellom ulike stammer, ulovlig jakt, og sykdom holder bestanden av både mennesker og dyr nede på et nivå som er bærekraftig for beitemarken. Men til slutt kommer oppgjørets time, og det skjer når det ønskede målet om sosial stabilitet blir en realitet. På dette tidspunktet genererer *allmenningens iboende logikk* tragedien (egen oversettelse fra engelsk)»

Hardin forklarer denne iboende logikken på følgende måte:

«Som et rasjonelt vesen vil hver gjeter forsøke å oppnå maksimalt utbytte. Eksplisitt eller implisitt, mer eller mindre bevisst, spør han seg: «Hvilken nytte vil det ha for meg om jeg legger til et dyr til i flokken min?» Nytteverdien har en positiv og en negativ komponent, hvor den positive komponenten er en funksjon av tilveksten av et dyr. Siden gjeteren sitter igjen med all fortjenesten knyttet til dette ekstra dyret, så er den positive nytten nær +1. Den negative komponenten er en funksjon av den ytterligere beitingen på marken, forårsaket av dette ekstra dyret. Men, siden effekten av overbeite er delt med alle de andre gjeterne som har dyr på samme marken, så blir den negative nytten for denne enkelte gjeteren bare en fraksjon av -1. Summen av disse komponentene gjør at den rasjonelle gjeteren konkluderer med at den mest logiske handlingen han kan gjøre, er å skaffe et dyr til i flokken hans. Og et til. Men dette er også konklusjonen som treffes av alle de andre rasjonelle gjeterne som deler denne beitemarken. Det er her tragedien ligger, hvor hver mann er låst i et tankesett som får ham til å etterstrebe en uendelig forøkning av flokken sin, i en verden som er endelig. Ødeleggelse er målet som alle menn beveger seg mot, hver og en i søken etter ens egne interesser, i et samfunn som tror på frihet for felles goder (egen oversettelse fra engelsk) (Baden, Noonan og Hardin, 1998., s. 6-7).»

Dette problemet kan også oppsummeres i en setning: «*The trouble with man is that he cannot have enough without having too much.*» (siteret fra William D Ruckelshaus' forord til boken "Managing of the Commons", 1998.). Likeså skrev Aristoteles i Politics (2000, oversatt av B. Jowett) «*What is common to the greatest number gets the least amount of care. Men pay most attention to what is their own: they care less for what is common.*» Spillteorien har altså lite med hverken gjeterne eller dyr å gjøre, men sier noe om hvor vanskelig det er å håndtere felles goder og ressurser i en verden bestående av rasjonelle individer. Ifølge teorien vil private interesser undergrave samfunnets interesser, og individets vinning vil være på samfunnets bekostning, i tillegg til at det på lang sikt vil gå ut over det samme individets velferd. Det er viktig å poengtere at spillteorien ikke sier at individet på noen måte er ute etter å ødelegge samfunnet ved å ta i bruk felles goder. Snarere påpekes ubalansen i individets og samfunnets nytteverdi. Hardin selv mente at problemer som dette er prinsipielt uløselige ved hjelp av ny vitenskapelig kunnskap, nye teknikker eller teknologiske nyvinninger. De kan kun løses ved at fellesgodet enten blir privatisert, eller at adgang til eller bruk av godet blir gjenstand for regulering gjennom politiske vedtak. Implisitt betyr dette at fellesgodet/ressursen mister sin egenskap som fellesgode (Baden, Noonan og Hardin, s. 77).

Flere har rettet kritikk mot Hardin noe bastante avfeining av alle andre potensielle løsninger. En av disse er William D. Ruckelshaus, som i en tale gitt under en konferanse for bærekraftig fiskebestand i nordlige deler av Stillehavet (gjengitt i åpningsordene til boken *Managing the Commons*, 1998) hevdet at regulering og politisk innblanding i beslutningsprosesser ikke ville løse slike problemer, men snarere kunne forverre problemene. Han hevdet at løsningen innebærer større innsats for utdanning og involvering av samfunnet, samtidig som man lar befolkningen ha en større rolle i beslutningsprosessene knyttet til problemet. Befolkningens kjennskap til og aksept for de tiltak som må innføres er avgjørende for en bærekraftig håndtering av felles ressurser. Befolkningen må få mulighet til å spørre seg selv hva de kan gjøre, hva fellesskapet som de er en del av kan gjøre, og hva deres industrier og institusjoner kan gjøre for å imøtekomme felles interesser og bevarelsen av felles goder. Ruckelshaus hevdet videre at i det frie samfunn er det umulig å oppnå varige løsninger på problemer uten støtte fra befolkningen. Om ikke befolkningen får delta i beslutningsprosessen i dag, så vil de være i stand til å effektivt blokkere enhver beslutning som blir fremmet i morgen. Det Ruckelshaus her skisserer er en tredje løsning på en allmenningens tragedie, sett i forhold til Hardins to løsninger om privatisering og regulering. Ruckelshaus' tankegang deles av Randall R. Dipert, som i artikkelen "Sidestepping the Tragedy of the Commons" (2001) sier at en tredje løsning ligger i muligheten for at gjeterne, som ble presentert i Hardins forklaring, begynner å samarbeide. Dette kan enten forekomme før beitemarken blir ødelagt fordi gjeterne oppdager den potensielle katastrofen, eller at de har opplevd sammenlignbare ødeleggelser før. Dette samarbeidet vil bestå av avtaler som inngås mellom gjeterne, enten implisitt eller eksplisitt. Selv om den maksimale nytteverdien for den enkelte gjeter ikke kan oppnås, så er løsningen optimal i den forstand at den er den beste mulige løsningen for alle gjeterne, sett under ett.

Et godt eksempel på en slik løsning er hvordan Tesla Motors gjorde alle sine patenter åpne og tilgjengelige for alle bilprodusenter som ønsket å bruke deres teknologi. På deres nettsider står det at firmaet ble etablert for å fremskynde ventetiden for bærekraftig transport: *«Hvis vi rydder vei for etableringen av overbevisende elektriske biler, men så legger intellektuelle eiendomslandminer igjen bak oss for å hindre andre, opptrer vi på en måte som strider mot det målet»* (Musk, 2014). Selvsagt har dette skapt furore og forundring i den kapitalistiske, og nokså skadeskutte, amerikanske bilindustrien.

Teslas gründer, Elon Musk, ble derfor spurt i talkshowet “The Colbert Report” om “hvorfor han var sin egen Edward Snowden”. Musk forklarte så selskapets uortodokse strategi med følgende analogi: *«If we're all in a ship together, and the ship has some holes in it, and we're sort of bailing water out of it, and we have a great design for a bucket, then even if we're bailing out way better than everyone else, we should probably still share the bucket design.»* (DeBord, 2014)

3.5 Risiko og risikopersepsjon

Risiko er et flerdisiplinært fenomen som er et populært tema innen mange vitenskaper. Risiko blir studert med tilnærming fra medisinske, tekniske, sosiale, kulturelle, økonomiske og juridiske fag. Renn (xv) mener likevel at ingen av disse fagområdene alene kan forstå hele substansen av fenomenet risiko, og at bare ved å kombinere ulike disipliner vil man kunne ha en adekvat tilnærming til forståelse og håndtering av risiko. Samtidig som det er et tema innen mange fagfelt, så har også risiko som begrep forskjellig betydning avhengig av konteksten eller innenfor hvilket fagfelt begrepet brukes i. I denne oppgavens kontekst er det passende å definere risiko som *«muligheten for at en uønsket tilstand kan forekomme som et resultat av naturlige hendelser eller menneskelige aktiviteter»* (definisjonen stammer fra Kates m.fl., 1985, s. 21, sitert av Renn, 2008, s. 98).

Renn (ibid., s. 2) mener at hva noen ser på som en risiko kan bli sett på som en mulighet av andre. Selv om ulike samfunn over tid har opparbeidet seg erfaring og kollektiv kunnskap om potensielle konsekvenser av hendelser og aktiviteter så kan man ikke forutse alle potensielle scenarier, og heller ikke forvente at alle potensielle konsekvenser kan være gjenstand for bekymring. På samme måte er det umulig å vurdere alle muligheter for inngripen ovenfor alle potensielle konsekvenser. Derfor har samfunn vært selektive i hva man anser som verdt å fokusere på, og hva man velger å ignorere. Videre sier Renn at man har etablert organisasjoner som skal overvåke miljø og omgivelser på jakt etter hint om kommende problemer for dermed å kunne gi forvarsel om fremtidige utfordringer. Hva som blir sett på som fremtidige utfordringer styres av kulturelle verdier, institusjonelle og finansielle ressurser, samt systematiske begrunnelser (ibid., s. 3).

Alle sosiologiske og antropologiske risikokonsepter legger til grunn en felles forestilling om at mennesker ikke ser verden gjennom perfekte øyne, men gjennom perseptuelle linser påvirket av sosiale og kulturelle faktorer, samt påvirkning fra familie, venner og andre nærstående personer (Dietz m.fl., 1996, gjengitt etter Renn, 2008, s. 23). Derfor responderer man ikke basert på objektive eller vitenskapelige vurderinger av en gitt risiko, men heller etter hvordan man oppfatter risikoen selv (Sjøberg, 2006, s. 649, gjengitt etter Renn, 2008, s. 40). Den vanlige borger kan velge å tro på eller avfeie informasjon gitt fra vitenskapelig ståsted, men har som oftest ikke selv et empirisk grunnlag for å begrunne det ene foran det andre. Derfor er man avhengig av et gjensidig tillitsforhold mellom lekfolk og ekspertene. Ifølge Løfstedt (2005, gjengitt etter Renn, 2008, s. 41) avhenger denne tilliten av institusjonelle oppbygninger, kulturelle tradisjoner og symbolsk interaksjon, snarere enn faktiske bevis. Videre er dette gjensidige tillitsforholdet viktig fordi folk tolererer mye dersom de føler at det er velbegrunnet eller tjener andre viktige formål. På samme tid kan de motsette seg handlinger eller vedtak med bagatellmessige muligheter for skade eller lidelser om de føler at denne risikoen er påtvunget dem eller bryter med noen av deres andre holdninger eller verdier (Fischhoff et al, 1985, MacLean, 1986, Linnerooth-Bayer and Fitzgerald, 1996, gjengitt etter Renn, 2008, s. 43).

Renn (ibid., s. 4) mener at risikovurderinger er mentale modeller som er basert på observasjoner, antakelser eller sosiale konstruksjoner av verden som kan begrunnes med logisk resonnerer eller som kan bekreftes ved å sammenligne hva som faktisk skjer. Selv om slike vurderinger varierer fra individ til individ, og fra gruppe til gruppe, så reflekteres menneskers bekymringer på en måte som ikke normalt fanges i tekniske analyser av risiko (ibid., s. 21). Derfor er befolkningens verdier, bekymringer og oppfattelse av risiko ofte like viktig å ta med i risikostyringen som identifiseringen, forståelsen og håndteringen av selve risikoen. (ibid., s. 3)

I publikasjonen "Risikopersepsjon - En innføring i fagfeltet" (Boyesen, 2003, også gjengitt, med små endringer, i Olsen, Mathiesen og Boyesen, 2008, s 83) har Marit Boyesen samlet forhold som regnes for å være viktige for hvordan en opplever risikoen (jf. Slovic, 1987; 2000; Brun 1991, 1995, Simmons og Walker, 1999; Mayo og Hollander, 1991; og Lowrance, 1976).

Disse forholdene kan i og for seg karakteriseres som rasjonelle produkter av menneskers logiske resonnementer. Likevel er de gjenstand for påvirkning av intuitive *bias* som fører til at persepsjonen kan bevege seg bort fra både de logiske resonnementer og objektive vurderinger.

- *Ufrivillig risikoeksponering.* Om folk utsetter seg for en risiko frivillig, eller føler at man selv kan kontrollere risikoen (jf. Renn, 2008, s. 94) så vil man oppfatte denne som mindre alvorlig. Følgelig vil det også være avgjørende for hvor stor risiko man er villig til å ta. Ens nytte eller glede av handlinger eller valg kan også veie opp for opplevd risiko knyttet til disse handlingene eller valgene. Tilsvarende vil folk være negative til risikoeksponering som de opplever som påtvunget eller som strider med andre verdier eller holdninger.
- *Manglende personlig kontroll over risikoen.* Om man grunnet opplevd personlig dyktighet eller egnethet har en oppfatning av at man kan unngå, omgå, kontrollere eller manipulere risikoen, så oppleves også risikoen lettere å akseptere. For å forklare denne tankegangen bruker Renn (2008, s.94) et eksempel hvor man kjører i bil og tenker på mulige ulykker som kan inntreffe, og vurderer det slik at man selv, med høy sannsynlighet, vil komme uskadet fra en eventuell ulykke (“fender-bender” mentalitet). Tilsvarende vil da risikoen være vanskeligere å akseptere om man føler at man ikke har personlig kontroll over risikoen. Likeledes utviser folk en særlig bekymring for risikoer som de føler ikke blir kontrollert på en adekvat måte av myndighetene. (Ibid., s. 94)
- *Stor usikkerhet knyttet til hva som vil bli konsekvensene.* Vi opplever risikoer hvor konsekvensene er nye og ukjente i omfang som større og viktigere. Tilsvarende opplever vi risikoer hvor konsekvensene er velkjente, og har vært det over tid, som mindre og mer uvesentlige.
- *Manglende personlig erfaring med risikoen.* Risiko kjent gjennom personlig erfaring er lettere å akseptere enn risikoer som er ukjente. Ifølge Boyesen kan dette forklares ved menneskets frykt for det ukjente, og kan knyttes til forhold utenfor hva man til daglig omgis seg med.

Dette virker til å ikke være helt i overensstemmelse med hva Renn kaller “availability bias”, som sier at jo raskere og enklere en risiko blir gjenkjent jo større sjanse er det for at risikoens sannsynlighet blir overestimert. Renn (2008, s. 94) sier at om man kjenner noen som er blitt drept av et lynnedslag så vil man anse risikoen for å bli truffet av lyn som signifikant, selv om den ikke nødvendigvis er det.

- *Genetiske effekter av eksponering.* Oppfattelsen av en risikos alvorlighetsgrad kan øke om risikoens tilhørende konsekvenser kan skade fremtidige generasjoner. Ifølge Boyesen vil det være skremmende å utsette seg for noe som kan skade fremtidige generasjoner, selv om risikoen ikke gir direkte belastninger i dag. Selv om punktet spesifikt nevner genetiske effekter, så kan det også forstås slik at andre forhold som kan ha betydning for fremtidige generasjoner påvirker vår risikooppfattelse.
- *Katastrofale hendelser.* Risikoer der konsekvensen alltid er ensbetydende med dødelig utfall oppleves som regel farligere enn risikokilder der konsekvensen ikke er det. Om en risikokilde innehar et katastrofepotensial, som at en ulykke eller hendelse vil kreve mange liv samtidig, så vil risikoen oppleves som større og mer alvorlig enn om risikokilden med sannsynlighet tar ett liv om gangen over en lengre tidsperiode.
- *Om nytteverdier går til andre enn en selv.* Om man ikke har noe nytte av de goder som utløses ved en gitt handling eller et valg, men sitter igjen med alle eller deler av de negative konsekvensene om noe går galt, så kan det føre til økt opplevelse av risiko knyttet til handlingen eller valget. Et hjemlig eksempel på dette er Sellafeld-anlegget i Skottland, som har vært gjenstand for mye motstand i Norge fra både politisk hold og fra ideelle organisasjoner. Dette fordi Norge kunne blitt hardt rammet ved en ulykke, mens godene, selve kraftutvinningen, ikke kom Norge til gode.
- *Synlighet og umiddelbare konsekvenser.* Boyesen sier at en trussel som kan observeres og som vil ramme brått, som snø-, stein- eller jordras, vil oppleves som sterkere enn en trussel som vil ramme over tid, som for eksempel konsekvensene av forurensning i luft og vann.

De følgende teorier omhandler det tilsynelatende irrasjonelle ved at mennesker, som rasjonelle vesener i en gruppe (menneskeheten), ikke håndterer kriser ut ifra det logiske argument om at de største og mest komplekse krisene behøver størst oppmerksomhet og innsats. Med utgangspunkt i fremtidens kanskje største utfordring, klimaendringene, har George Marshall (2014) og Per Espen Stoknes (2015) i den senere tid gitt ut bøker som omhandler dette temaet. I underkapitlet om krypende kriser så vi at diskrepansen mellom hva fagekspertene sier og hva befolkningen og beslutningstakere oppfatter og responderer på er et kjennetegn på en krypende krise. Stoknes forklarer at manglende engasjement og handling i befolkningen forøvrig er en konsekvens av fem barrierer som forhindrer at budskapet gir adekvat resonans:

1. Distanse. Mellom de fleste mennesker og konsekvensene av klimaendringer finnes det en distanse i tid og sted. Vi kan ikke se klimaforandringene utspille seg foran oss. For de aller fleste er smeltende isbreer, flommer og tørke, stigende havnivå og andre konsekvenser av klimaforandringer langt borte. Det påvirker oss ikke direkte, og det påvirker heller ikke våre nærmeste. Om disse forandringene vil gjøre seg synlige i vårt nærområde så vil det være en gang i fremtiden. *«Hvis forskerne snakker om uopprettelige skader i år 2100 blir det ikke relevant for oss, for da er vi som lever nå allerede døde. Oversvømmelser i Bangladesh blir ikke relevant for oss fordi det er så langt borte og vi kjenner ingen der»* (Solhaug, 2014). Punktet er sammenlignbart med fenomenet “Identifiable victim effect”, eller effekten ved at en skadelidende er identifiserbar. Fenomenet omhandler individet tendens til å tilby mer hjelp, omtanke eller støtte om det observerer en identifiserbar person i vanskeligheter sammenlignet med et statistisk liv eller en stor, udefinert gruppe med de samme behovene.
2. Dommedag. Når klimaforandringer blir fremstilt som en påtrengende katastrofe som kun kan håndteres med tap, kostnader og oppofringer så skaper det et ønske om å unngå temaet i sin helhet. Når de praktiske løsningene uteblir så gror følelsen av hjelpeløshet, og de faresignalene som gis av fagekspertene og media får motsatt effekt. *«Vi har hørt at «enden er nær» så mange ganger at vi egentlig ikke registrerer det lenger.»*

3. Dissonans. Om det vi vet (for eksempel bruk av fossile brensel bidrar til global oppvarming) er i konflikt med det vi gjør (reiser med bil og fly, og bruker fossile brensler til oppvarming av boligen), så skaper dette en følelse av dissonans. Det samme skjer om våre personlige holdninger er i konflikt med holdningene til mennesker som er viktige for oss. I begge tilfeller så vil mangelen på praktisk oppførsel og sosial støtte svekke holdninger til klima over tid. Ved å skape tvil om, eller avdramatisere, det vi vet (faktaene), så vil vi føle oss bedre med måten vi lever på. Dermed kan man si at faktisk oppførsel og sosiale relasjoner avgjør holdninger i det lange løp.

4. Benektelse. Når vi benekter, ignorerer eller på andre måter unngår å vedkjenne oss informasjonen om store utfordringer, så finner vi ro fra frykt og skyldfølelse. Om vi aktivt tar stilling som en motstander av den informasjonen som blir presentert, så kan vi «ta igjen» på dem som man føler kritiserer livstilen vår, som tror de vet bedre, eller som prøver å fortelle oss hvordan vi skal leve. Benektelse er basert på selvforsvar, ikke uvitenhet eller mangel på informasjon.

5. Identitet. Vi filtrerer nyheter gjennom vår profesjonelle og kulturelle identitet. Vi leter etter informasjon som bekrefter våre verdier og meninger, og filtrerer bort den informasjonen som motsier dette. Kulturell identitet overstyrer fakta, og i kampen mellom ny informasjon og eksisterende holdninger og verdier, så er den nye informasjonen den tapende part (Stoknes, 2015, s. 82)

Daniel Gilbert, professor i psykologi ved Harvard, hevder at menneskets psykologiske evolusjon har gitt oss responsutløsere:

1. Personlig. Våre hjerner er samstemte til å identifisere venner, fiender, avvikere og menneskelig handlingsmønster.
2. Plutselig. Mennesket er mest sensitive til plutselige forandringer og ignorerer lettere trusler som utvikles sakte over tid.
3. Umoral. Mennesker responderer på gjenstander eller hendelser som en finner uanstendige, frastøtende eller avskyelige.

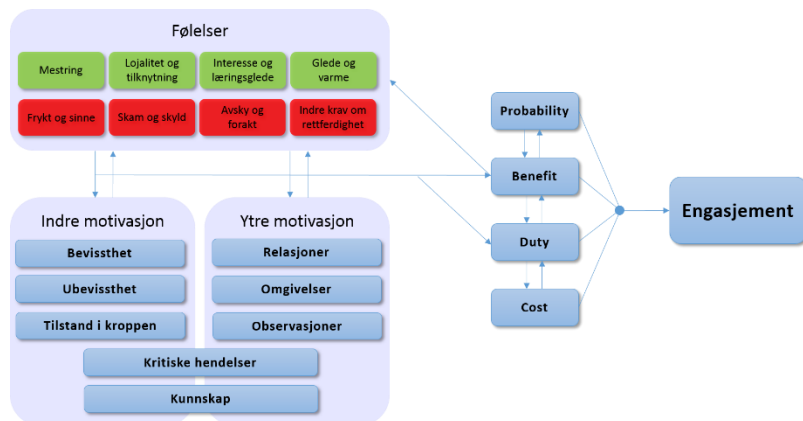
4. Nå. Menneskets evne til å se inn i fremtiden er en av dets mest forbløffende evner, likevel er denne evnen fortsatt i et tidlig stadium, utviklingsmessig. (Marshall, 2014, s. 47)

Gilbert sier videre at et problem som klimaendringene ikke reagerer med noen av disse responsutløserne. Han fremhever punkt 2 og 4 som åpenbare i denne forståelsen, men han påpeker at særlig punktet om umoral er interessant. Selv om man oppfatter at klimaforandringer er noe negativt så får vi likevel ikke en følelse av ubehag grunnet dette, fordi det er vanskelig å se at vi selv gjør noe galt i denne sammenhengen (ibid., s. 47)

3.6 Oppsummering

I forståelsen av hva engasjement er og hvilke faktorer som fører til at man blir engasjert så legges det til grunn at engasjement er et produkt av de verdier som tillegges forholdene i den matematiske modellen til Riker og Ordeshook (1968). Figuren under viser hvordan ulike følelser, indre og ytre motivasjon, samt kritiske hendelser og kunnskap er grunnlag for verdiene i forholdene “Benefit” og “Duty”. “Probability” og “Cost” påvirkes i stor grad av sakens natur og karakter. Det er også tegnet piler mellom følelser og indre og ytre motivasjon for å symbolisere den gjensidige påvirkningen disse har på hverandre.

“Benefit” kan også spille tilbake på følelsene, og fanger dermed også Helgesens (2012, s. 77) påstand om at oppnåelsen av bestemte emosjonelle opplevelser i mange tilfeller vil være selve målet for atferd.



Figur 5: Forhold og faktorer som er forutsetninger for engasjement

Teoriene knyttet til kriser og deres karakteristikk, allmenningens tragedie, samt risiko og risikopersepsjon vil i hovedsak fungere som den verktøykassen som benyttes i arbeidet med å forstå og tolke kjennetegnene ved antibiotikaresistens som problem. Teoriene i det forrige avsnitt vil likevel være brukt gjennomgående i drøftingskapitlet.

4. Metode

Dette kapitlet vies til de fremgangsmåter som ble anvendt for å skaffe grunnlag til å besvare oppgavens problemstilling, samt de valg som ble tatt knyttet til dette. Både kapitlets fremstilling og selve arbeidsmetoden i forbindelse med denne oppgaven har fulgt de trinnvise fasene i et undersøkelsesopplegg slik det er presentert i Dag Yngvar Jacobsens bok “Hvordan gjennomføre undersøkelser?” (2005).

4.1 Problemstilling

Opgavens problemstilling lyder som følger: “Hva hemmer og fremmer folks engasjement rundt antibiotikaresistens?” Problemstillingen har utgangspunkt i et ønske om å få en dypere forståelse av hvordan mennesker oppfatter antibiotikaresistens som utfordring for samfunnshelsen, og hvorvidt dette skaper ønske eller evne til å engasjere seg i saken. Hvilke mekanismer som styrer våre tanker om utfordringer av en slik natur vil være mange og komplekse. Jeg har derfor utformet to forskningsspørsmål som skal hjelpe meg til å skape et grunnlag for å besvare, men også avgrense, problemstillingen.

Det første forskningsspørsmålet er formulert slik: “Hvilke faktorer fører til engasjement i helserelevante saker?”. I tillegg til å ha som formål å avdekke årsaker til at mennesker engasjerer seg i en helsesak, så konkretiserer forskningsspørsmålet problemstillingen ved å implisitt si at antibiotikaresistens er en utfordring som hører innunder domenet “helse”, og at det dermed angår individet, individets forhold til samfunnet, og samfunnets forhold til individet. Videre vil det si at jeg er på jakt etter faktorer på individnivå og faktorer i forholdet mellom individet og samfunnet.

Det andre forskningsspørsmålet er: “Hva kjennetegner problemet med antibiotikaresistens?”

Dette spørsmålet danner grunnlaget for en søken etter karakteristikk ved antibiotikaresistens som er like eller ulike andre helserelevante utfordringer eller saker. Svarene på dette spørsmålet vil være en kombinasjon av den konteksten som ble presentert i det kapittel 2, de teoretiske valg som er gjort, samt resultatene av undersøkelsene som blir presentert i neste kapittel.

Intensjonen er altså å skape grunnlag til å besvare problemstillingen ved å kombinere de avdekkede faktorene som er forutsetninger for engasjement i helserelaterte saker, og de avdekkede karakteristikkene knyttet til antibiotikaresistens som utfordring. Dette skaper også grunnlaget for utformingen av forskningsdesignet, og dermed også grunnlaget for hvilke data som skulle samles inn for å kunne besvare problemstillingen. Jacobsen (2005, s 31) sier at man må ta tak i hvordan mennesker tolker den sosiale virkeligheten om man ønsker å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Dette kan kun oppnås gjennom observasjon; «*hva de gjør og sier - og la dem snakke i sine egne ord.*» Gjennom en åpen tilnærming får man fram hvordan mennesket konstruerer virkeligheten og man kan få frem de variasjoner og nyanser som ligger i ulike fortolkninger.

Problemstillingen består av variabler, enheter, verdier og kontekst. *Antibiotikaresistens* er oppgavens kontekst. Konteksten er oppgavens fokusområde, og sier noe om hvilket gyldighetsområde problemstillingen har (ibid., s.70). Det vil si at de tilhørende undersøkelser ville kunne få et helt annet utfall om en annen kontekst ble valgt, for eksempel engasjement knyttet til kreftbehandling, plassering av sykehus eller andre helserelaterte spørsmål.

Problemstillingens enhet er *folk*. I utgangspunktet omfatter *folk* hele befolkningen, et utvalg som i sin helhet er umulig å undersøke. Jeg vil ta diskutere utvalget i forhold til oppgavens gyldighet og pålitelighet senere i dette kapitlet. Problemstillingens variabel er *engasjement*. Hvilke verdier problemstillingens variabel kan ha angår grad av engasjement.

Problemstillingen er formulert som et åpent spørsmål, og legger dermed opp til en eksplorerende, utforskende undersøkelse. Dette er gjort med bakgrunn i et mål om å avdekke tilhørende, relevante variabler og deres innhold (verdier). Jacobsen sier at «*eksplorerende problemstillinger første og fremste hensikt er å (a) avdekke ny kunnskap om et fenomen ved å (b) finne ut hva fenomenet består av, dvs. konkretisere innholdet i fenomenet (variabler og verdier), for å (c) utvikle en teori om fenomenet som kan munne ut i (d) et sett hypoteser som kan testes.*» (ibid., 73) Videre sier Jacobsen (s. 74) at en eksplorerende problemstilling har som mål å utvikle ny og relativt ukjent kunnskap. I denne sammenheng stemmer en slik beskrivelse godt med vurderingen av denne oppgaven i lys av annen forskning i innledningskapitlet.

Videre legger problemstillingen opp til induktiv datainnsamling, hvor man starter undersøkelser med et tilnærmet åpent sinn, samler inn all relevant informasjon og til slutt systematiserer de data som er samlet inn for å, ut i fra dette, danne teoriene (ibid., s. 29).

4.2 Forskningsdesign

Hva angår forskningsdesign så omhandler det første valget man må ta stilling til hvorvidt man ønsker å gjennomføre en studie som går i bredden (ekstensiv) eller i dybden (intensiv). Bredden sier noe om hvor mange undersøkelsesenheter som bør inngå i datagrunnlaget, mens dybde er relatert til tilnærmingen til fenomenet (variabelen) (ibid., s. 87). Jeg ønsker at denne oppgaven beveger seg mot en intensiv forskningsstudie, da jeg ser det som viktigere å få et nyansert og detaljert bilde av de variablene som knytter seg til engasjement hos et mindre antall enheter, fremfor å få et mindre detaljert bilde fra flere enheter. Jeg er altså mindre interessert i å uttale meg om hvor mange som opplever et fenomen slik eller slik, eller hvilke generelle forskjeller det er i opplevelsen av fenomenet. Derimot er jeg meget interessert i å se på samspillet og relasjonene mellom individet og den spesielle konteksten som undersøkes (ibid., s. 90). Det faller seg derfor naturlig at studiet innebærer et fåtall enheter (respondenter), noe som gjør det mulig å gå i dybden på hver enkelt enhet (Små-N-studier). Jacobsen (s. 93) sier at en slik type studie er godt egnet om man ønsker en rik beskrivelse av et spesielt fenomen.

De to forskningsspørsmålene legger opp til en kombinasjon av retrospektivt design og tverrsnittstudie, begge kategorisert som deskriptive design. Felles for begge variantene er at informasjonen samles inn fra informanten eller respondenten på kun ett tidspunkt. Å forsøke å avdekke faktorer som fører til engasjement vil nødvendigvis kreve at respondenten gir innsikt i hvilke faktorer som, på et tidligere tidspunkt, førte til at vedkommende valgte å engasjere seg i et gitt tema. Metoden vil i en viss grad kunne gi innsikt i faktorer som kan ha ført til endringer i engasjement over tid, men det vil ikke muliggjøre en konkret måling av de faktiske endringene i respondentens oppfatning av sitt engasjement. Med andre ord er det kun mulig å si noe om de endringene som en person på ett tidspunkt føler har skjedd (ibid., s. 108). Dette forholdet gjør det retrospektive designet noe mindre pålitelig enn et opplegg med tidsseriedata, hvor man måler utvikling over tid (fra nå og i fremtiden).

En tverrsnittstudie vil si at man studerer virkeligheten på kun ett tidspunkt (ibid., s. 102). Dette gjør seg særlig gjeldende i det andre forskningsspørsmålet. Hva folk engasjerer seg for, og hva som forårsaker dette, er i stadig endring. Jeg ville sannsynligvis funnet andre verdier på problemstillingens variabler om jeg hadde gjennomført undersøkelsen for fem år siden, eller om jeg gjennomfører samme undersøkelse om fem år. Ved hjelp av det andre forskningsspørsmålet vil jeg likevel muligens kunne vise at det er elementer ved antibiotikaresistens som problem som fører til stabilitet eller endring over tid hva angår engasjement knyttet til dette problemet. Selv om det hadde vært interessant å sett på utvikling over tid, og hvordan visse elementer kan manipulere variablene, så er ikke dette mulig grunnet oppgavens omfang og tidsbegrensning.

4.3 Metodisk tilnærming

Valget mellom tall og ord, kvantitativ eller kvalitativ datainnsamling, avgjøres av de valg som er gjort med tanke på problemstilling og forskningsdesign. I dette tilfellet mener jeg at en undersøkelse som kan karakteriseres som kvalitativ egner seg best til å besvare oppgavens problemstilling. Ian Dey (sitert i ibid., s 126) sier at «*Mens kvantitative data opererer med tall og størrelser, opererer kvalitative data med meninger. Meninger er formidlet i hovedsak via språk og handlinger.*» Selv om meninger også kan formidles med tallstørrelser, så er jeg også på jakt etter hvilke faktorer som ligger bak meningene. Med andre ord, hva former informantens meninger? Som tidligere nevnt så legger problemstillingen grunnlaget for en eksplorerende, utforskende undersøkelse. Det innebærer at også forskeren (jeg) skal gjennomgå en læringsprosess. Jeg har ikke på forhånd et fullverdig bilde av hvilke variabler som eksisterer, og hvilke som er knyttet til de ulike verdiene, dette er kunnskap som avdekkes, skapes og utforskes videre gjennom pågående kontakt med respondentene og informantene. Et tilsvarende opplegg ville med kvantitativ tilnærming kreve en lang serie undersøkelser, hvor opplegget blir modifisert for hver gang mer informasjon blir avdekket.

I tråd med at problemstillingen legger opp til induktiv datainnsamling så vil jeg strukturere og kategorisere datainnsamlingen i etterkant. På den måten vil jeg kunne få informasjon som informanten ser på som relevant i forhold til konteksten, samtidig som jeg unngår at en predefinert struktur legger føringer for, og dermed begrenser, hvilken informasjon som er mulig å samle inn. Likevel vil jeg på forhånd ha forberedt spørsmål som jeg ønsker å få svar på.

Dette gjør jeg for å kunne igangsette tankeprosessen hos informanten, samt for å kunne skape et grunnlag for sammenligning mellom ulike kategorier av respondenter.

4.4 Det kvalitative forskningsopplegget

Som nevnt i underkapitlet om forskningsdesign så var jeg på jakt etter data som sa noe om relasjonene og samspillet mellom individer og konteksten. Med bakgrunn i dette valgte jeg å benytte meg av individuelle intervjuer i gjennomførelsen av datainnsamling for denne oppgaven. Intervju er en metode som passer når en ønsker informasjon om hvordan personer «*opplever og forstår seg selv og sine omgivelser*» (Haugaard, 2013, s. 52).

4.4.1 Utvalg av enheter

Min utvalgsmetode kan karakteriseres som en blanding av informasjonsbasert utvelgelse og “snøballmetoden”. Informasjonsbasert utvelgelse vil si at jeg valgte ut respondenter og informanter som jeg mente kunne sitte på mye og god informasjon (Jacobsen, 2005, s. 174). Det vil si at jeg ønsket et utvalg bestående av personer som, i kraft av deres medlemskap, stilling eller verv, kunne antas å ha en vesentlig dybdeforståelse og egne oppfatninger om de temaer som skulle diskuteres. Videre baserte jeg utvelgelsen på at personer jeg hadde intervjuet kunne bistå med ideer og forslag til andre innenfor samme gruppe som kunne være interessante å snakke med. I utgangspunktet fortsatte denne prosessen frem til jeg anså at jeg hadde en tilstrekkelig mengde data.

Arbeidet med å identifisere og velge ut mulige respondenter må ha utgangspunkt i de forskningsspørsmål som er utarbeidet for å besvare oppgavens problemstilling. Ut fra det første forskningsspørsmålet fant jeg det hensiktsmessig å rette fokus mot ideelle organisasjoner i min søken etter potensielle respondenter. Dette fordi slike organisasjoner består av medlemmer som, av ulike årsaker og på forskjellige nivåer, er engasjerte i organisasjonens ideelle formål. Videre satte jeg et kriterium at jeg skulle ha respondenter fra to organisasjoner som hadde et formål som var direkte knyttet til et helserelatert tema, i tillegg til respondenter fra en organisasjon som med et formål med en mer indirekte tilknytning til helse. Dette for å se om det var mulig å si noe om særegne faktorer knyttet til engasjement for helse, men også om det fantes noen generelle fellestrekk for engasjement.

Felles for alle tre organisasjonene skulle være at deres fokus ikke begrenset seg til å ivareta medlemmenes egeninteresser, men at de også hadde målsetninger knyttet til samfunnsmessige og allmenne forhold. Basert på den informasjonsbaserte utvelgelsesmetoden satte jeg som kriterium at respondenten skulle være engasjert i et formål utover det å betale en årlig medlemsavgift til en organisasjon.

I utvelgelsen av potensielle organisasjoner tok jeg utgangspunkt i de overnevnte kriterier og bestemte meg for at jeg ønsket å ha respondenter fra organisasjoner som fokuserte på kreft, kosthold og klima. En nærmere introduksjon og begrunnelse vil bli gitt i neste delkapittel. For å etablere kontakt med mulige respondenter i de forskjellige organisasjonene benyttet jeg meg av kontaktinformasjon tilgjengelig på deres nettsider. Forespørsel ble så rettet til organisasjonenes kontaktpersoner via telefon med oppfølgende epost, eller kun epost. I et av tilfellene kontaktet jeg en potensiell respondent direkte, gjennomførte intervju med vedkommende og ble deretter satt i kontakt med organisasjonens ledelse for å finne flere respondenter. Den videre prosessen var ulik i de forskjellige organisasjonene. En organisasjon sendte ut eposter til et stort antall potensielle respondenter, mens det i de andre organisasjonene ble gjennomført en slags snøball-utvelgelse, hvor respondenten anbefalte nye potensielle respondenter.

4.4.2 **Begrunnelse for valg av emner, og beskrivelse av organisasjoner**

Den første organisasjonen jeg ønsket respondenter fra var Kostreform for bedre helse (KFBH). Ifølge deres hjemmeside er dette en uavhengig, helsepolitisk organisasjon med formål å endre myndighetenes kostholdsråd med basis i oppdaterte forskningsresultater og erfaringer. KFBH ble stiftet i 2007, da som en pasientorganisasjon som skulle være et alternativ til Diabetesforbundet, med fokus på å fremme et karbohydratredusert kosthold i behandling og forebygging av diabetes og andre livsstilssykdommer. I årene som har gått siden stiftelsen har organisasjonen endret kurs, og jobber nå med å påvirke forskningsmiljø og helsepolitiske organ slik at de samfunnsmessige forhold legges til rette for et kosthold som er i tråd men foreningens mål om å oppnå den største helsegevinsten for både enkeltmennesket og samfunnet.

KFBH hevder at myndighetenes kostholdsråd ikke er tilpasset menneskets evolusjonsbiologiske grunnlag, ei heller den nyeste forskningen innen kosthold og ernæring. Organisasjonen mener at det er et paradoks at vi stadig gjør fremskritt innen teknologi og helsevitenskap, samtidig som befolkningen blir sykere ettersom at forekomsten av fedme, diabetes, hjerte- og karsykdommer, slag, kreft, demens og andre livsstilssykdommer stadig øker. Ifølge organisasjonens hjemmeside kan man som medlem bidra til å endre norsk helsepolitikk ved å vise helsearbeidere, politikere og media sammenhengen mellom kost og helse. I tillegg får man bidra til at flere får høre om KFBHs kostholdsråd. Organisasjonens virksomhet omfatter foredrag, møter, artikler, hjemmeside og annet informasjonsmateriell, i tillegg til å arrangere egne debatter om temaet, samt delta i debatter initiert av andre (Kostreform for bedre helse, u.d.).

Årsaken til at jeg ønsket å intervju medlemmer i KFBH var først og fremst fordi organisasjonens formål dreier seg om et helserelatert tema; kosthold og kostholdsråd. I tillegg har organisasjonen et fokus utover det å gi kostholdsråd til sine medlemmer; den ønsker å endre myndighetenes kostholdsråd slik at befolkningen som helhet kan oppnå en bedre helsetilstand. Det var interessant å se på hvordan medlemmer begrunnet sitt engasjement for å bedre folkehelsen gjennom kostholdsending. Jeg hadde 5 intervjuer med respondenter fra denne organisasjonen, hvor alle hadde mange gode tanker og meninger om både kosthold, engasjement og antibiotikaresistens.

Grunnen til at jeg ønsket å intervju respondenter fra en organisasjon med fokus på kreft var fordi kreft er en av de største helseutfordringene i Norge, med svært mange rammede og pårørende. Jeg visste også at det var flere frivillige organisasjoner som fokuserte på dette temaet, og som bestod av svært engasjerte mennesker. Kreftforeningen og underliggende foreninger som Barnekreftforeningen, samt Støtteforeningen For Kreftrammede, Kreftomsorg Rogaland og Carninor er organisasjoner som med ulike innfallsvinkler er engasjerte i forskjellige aspekter knyttet til kreft, kreftbehandling og kreftomsorg. En tredje årsak er at det eksisterer en kobling mellom antibiotika og behandling av kreft. Både behandling med cellegift, strålebehandling, stamcelletransplantasjoner, og kirurgiske kreftbehandlinger behøver antibiotika for å kunne gjennomføres på en effektiv måte med tilfredsstillende trygghet. Tanken var at respondentene muligens hadde et forhold til dette temaet også, og at jeg kunne dra nytte av denne koblingen.

Det skulle vise seg at denne koblingen bar lite frukter, fordi organisasjonen jeg valgte ikke fokuserer på selve behandlingen av krefttilfeller. Likevel fikk jeg tre gode intervjuer med respondenter som hadde mange gode tanker og meninger knyttet til antibiotika og resistens på et generelt grunnlag, noe jeg hadde stor nytte av i det videre arbeidet med oppgaven.

I utgangspunktet tok jeg kontakt med Kreftforeningen for å undersøke mulighetene for å gjennomføre intervjuer med deres frivillige. Jeg fikk god hjelp av deres kontaktpersoner med å sende ut informasjon om prosjektet til deres frivillige. Dessverre var det ingen av mottakerne som ønsket å delta. Jeg tok derfor kontakt med en annen organisasjon som arbeider med kreft. Grunnet bestemmelsene knyttet til krav personvern vil det ikke i denne oppgaven fremgå hvilken organisasjon respondentene som er engasjerte i kreft tilhører, for å unngå å muliggjøre identifisering gjennom sammenstilling av bakgrunnsopplysninger.

Den siste gruppen med respondenter jeg ønsket å snakke med var medlemmer i Fremtiden I Våre Hender (FIVH). Dette er en av Norges største miljøorganisasjoner, med over 24 500 medlemmer og 20 lokal- og studentlag over hele landet. FIVH arbeider for etisk forsvarlig og miljøvennlig forbruk, og en rettferdig fordeling av jordas ressurser. Organisasjonens mener at hensynet til natur og klima er viktigere enn vekst i forbruk og økonomi, og de arbeider for at myndigheter og næringsliv legger til rette for miljøvennlige og etiske valgmuligheter for befolkningen. FIVHs fokuserer spesielt på å skape anstendige arbeidsvilkår i fattige land, transformasjon fra fossile til fornybare energikilder, et etisk og klimavennlig oljefond, grønn økonomi, miljøvennlig transport, grønn mat og å rette søkelyset mot næringslivets samfunnsansvar.

Jeg ønsket å ha respondenter fra FIVH grunnet organisasjonens fokus på å skape engasjement for fremtiden. Likeså som at Rom ikke ble bygget på en dag, så løses ikke klimautfordringene med politiske enkeltvedtak. Derfor jobber organisasjonen mot sine langsiktige mål gjennom relevante delmål innenfor flere saksområder. Jeg var på jakt etter informasjon om hva som motiverte til å gi avkall på gjenstander, handlinger og holdninger som gir individet beleilige goder her og nå, men som er en belastning for storsamfunnet og miljøet, både nå og i fremtiden.

Parallellene med antibiotikaproblematikken og allmenningens tragedie, som vi så på i teorikapitlet, er innlysende.

Da jeg kontaktet et av lokallagene til FIVH viste det seg at dette for tiden ikke var aktivt. Vedkommende jeg kontaktet ønsket likevel å stille til intervju, og hun videresendte også en epost fra meg til andre potensielle respondenter som var engasjerte i klima. I tillegg satte hun meg i kontakt med respondenter som hun mente ville ha mye informasjon som ville være nyttig for oppgaven. Slik startet kombinasjonen av snøballmetoden og den informasjonsbaserte utvelgelsesmetoden. Jeg endte til slutt opp med 5 respondenter, som alle har bidratt mye til det empiriske grunnlaget i denne oppgaven.

4.4.3 Forberedelse av intervjuene

Hva gjelder intervjuets grad av strukturering så valgte jeg en middels strukturingsgrad. Det vil si at jeg i forkant av datainnsamlingen produserte intervjuguider (Vedlegg 1, 2 og 3).

Intervjuguidene åpnet for at respondentene og informantene selv kunne ta opp temaer som de synes var relevante for konteksten, men den inneholder også en liste av tema som skulle diskuteres i løpet av intervjuet, og det var min oppgave å sørge for at samtalen på et tidspunkt berørte samtlige temaer (jf. Jacobsen, 2005, s. 146). Jeg tilpasset intervjuguiden til hver kategori av respondenter, men hovedtrekkene var de samme. Dette gjorde jeg fordi jeg var interessert i å finne ut om det var noen spesielle faktorer tilstede i den enkelte kategori som jeg ikke fant i de andre kategoriene. Samtidig bevarte jeg hovedtrekkene for å lettere kunne sammenligne innsamlede data i etterkant. I arbeidet med å utarbeide forslag til spørsmål forsøkte jeg å jobbe ut ifra prinsippet om at *«et godt intervju bør bidra tematisk til produksjon av kunnskap og dynamisk til å fremme en god intervjuinteraksjon (den interpersonlige relasjonen)»* (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 163). Dette kan oppnås ved at man tar utgangspunkt i forskningsspørsmålene og trekker ut intervju spørsmål som er formulert i en mer samtalevennlig form. Intervjuguiden er derfor delt i to, hvor hver del består av spørsmål som har utgangspunkt i de to forskningsspørsmålene.

4.4.4 Gjennomføring av intervjuene

Iscenesettelsen av intervjuet bør anspore intervjupersonene til å beskrive sine tanker om fenomenet og konteksten (ibid., s. 160).

Jeg valgte derfor å la respondentene bestemme hvor intervjuene skulle gjennomføres, i håp om at de valgte et sted hvor de ville føle seg komfortable. Kun i noen få tilfeller kom jeg med anbefalinger for valg av lokasjon. Dette forekom kun i tilfeller hvor respondenten var usikker på hva som kunne være et egnet sted. Intervjuene ble gjennomført hjemme hos noen respondenter, på en kafe, på tre forskjellige biblioteker, på arbeidsplassen til en respondent og i en av organisasjonenes kontorer. Et intervju ble også gjennomført per telefon.

Jeg ønsket å bruke båndopptaker under intervjuene fordi jeg da ville sitte igjen med nøyaktige rådata av hva som ble sagt og hvordan det ble sagt. Jeg kunne da fokusere på å registrere andre observasjoner. I tillegg kunne jeg rette mer fokus på å bevare fremdriften i og utviklingen av selve samtalen. Observasjoner utover det som ble fanget på lydopptaket ble notert ned for hånd, sammen med nye ideer for temaer og oppfølgingsspørsmål. I ettertid har jeg ikke fått bruk for de nonverbale observasjoner som ble gjort, da alle lydopptakene fanget relevante observasjoner på en tilstrekkelig måte.

Jeg startet intervjuet med å fortelle om formålet med intervjuet, om oppgaven og intervjuets formål i forbindelse med oppgaven. Jeg tok utgangspunkt i begrunnelsen for valg av respondentkategori for å gi respondenten en forståelse for hvorfor vedkommendes tanker og holdninger var interessant i forbindelse med denne oppgaven. Før selve intervjuet startet ga jeg også en forklaring på hvorfor jeg ønsket å ta opp intervjuet på bånd, og hvordan dette skulle håndteres i etterkant. Jeg åpnet også for spørsmål for å avklare eventuelle uklarheter og misforståelser. Dette ble etterfulgt av et spørsmål om hvorvidt vedkommende ønsket å delta i intervjuet (se avsnittet om informert samtykke i delkapitlet om etiske overveielser og personvern).

Intervjuene varierte veldig i tidsmessig omfang. Det korteste intervjuet varte i omlag 25 minutter, mens det lengste varte i godt over 2 timer. De fleste intervjuene varte i omlag 1 time. Selv om det var store forskjeller i intervjuenes lengde, så følte jeg likevel at jeg oppnådde de mål jeg hadde satt meg for hvert intervju hva angår datainnsamling.

Kvale og Brinkmann (s. 160) sier at intervjuobjektet kan få ulike følelser når intervjuet er ferdig. Noen opplever ansenthet og angst etter å ha vært åpne om personlige og emosjonelle opplevelser, mens andre føler at intervjuprosessen var en berikelse og setter pris på oppmerksomheten, og kanskje har de også fått ny innsikt i et tema som for dem er av betydning. Etter at intervjuet var fullført avsluttet jeg derfor med en oppsummering og presiseringer rundt bruken av den informasjon som er gitt, samt fremtidig håndtering av dette. Jeg åpnet også for at vedkommende kunne kontakte meg om han/hun skulle komme på noe som ikke var diskutert under intervjuet, og som vedkommende kunne se at ville være interessant for oppgaven. Denne invitasjonen gjaldt også om vedkommende hadde spørsmål om selve prosessen som sådan, eller om han eller hun skulle angre på deltakelsen i prosessen, og ønsket at den informasjonen som var gitt skulle utelates fra prosjektet. Til slutt informerte jeg om at jeg ville sende det transkriberte materialet til vedkommende for validering før prosjektet ble ferdigstilt. Dette ble gjort for å kontrollere dataenes pålitelighet, og for å oppfylle det etiske prinsippet som omhandler krav om riktig gjengivelse og presentasjon av de innsamlede data. Av de 13 respondentene så var det én som ikke ønsket å få tilsendt den transkriberte fremstillingen for gjennomlesning. Av de resterende 12 så var det tre respondenter som etter gjennomlesning av transkripsjon kom med tilleggsopplysninger eller presiseringer.

4.5 Analyseprosessen

Første del av analyseprosessen er å renskrive rådata (Jacobsen, 2005, s. 187). Det betydde i mitt tilfelle å transkribere opptakene fra lyd til tekst. Den første transkripsjonen som ble gjort var en nesten ordrett gjengivelse av lydopptaket. Etter veileders råd, og etter å ha forstått hvor omfattende arbeid transkripsjon er, gikk jeg over til en mer stikkordsbasert fremstilling med kun direkte sitater i full tekst. Denne fremgangsmåten var tidsbesparende, men gjorde det også mer utfordrende å fange nyansene i respondentenes uttalelser. Desto viktigere ble også respondentenes validering av det transkriberte materialet.

Den andre delen av analyseprosessen er innholdsanalysen. Dette innebærer å kategorisere rådata inn i et sett med færre temaer eller kategorier (ibid., s. 193). Siden de fleste spørsmålene var felles for alle intervjuene tok jeg utgangspunkt i intervjuguidene for å danne kategorier.

Deretter sorterte jeg rådata fra det transkriberte materialet i de forskjellige kategoriene. Denne kategoriseringen skaper utgangspunktet for den empiriske fremstillingen.

4.6 Gyldighet og pålitelighet

De valg som er gjort i forbindelse med undersøkelsesopplegget, samt de data som er samlet inn og hvordan de er behandlet og analysert for å besvare den valgte problemstillingen vil ha betydning for hvorvidt den kunnskapen som er opparbeidet er gyldig og pålitelig. Refleksjoner over valgt metode er derfor en viktig del av oppgaven. De følgende underkapitler vil ta for seg oppgavens gyldighet og pålitelighet før det avslutningsvis drøftes rundt sterke og svake sider ved valgt metode.

4.6.1 Gyldighet

Jacobsen (2005) deler gyldighet opp i intern og ekstern gyldighet. Intern gyldighet sier noe om riktigheten av de data som er samlet inn og de konklusjoner som er trukket. Ekstern gyldighet omhandler hvorvidt man kan generalisere de funn man har gjort. Hva gjelder intern gyldighet så kan det innebære en kritisk gjennomgang av de mest sentrale fasene i forskningsprosessen, en tilnærming som følges i denne gjennomgangen. De første spørsmålene man må stille seg er om man har fått tak i de riktige kildene, og om disse kildene gir riktig informasjon (Jacobsen, 2005, s 216). Undersøkelsens datamateriale stammer fra intervjuer med personer som er engasjerte i ulike helsesaker. Sett ut ifra det første forskningsspørsmålet som omhandler hvilke faktorer som fører til engasjement i en helsesak, så vurderes det slik at disse kildene til informasjon både er de riktige kildene, og at de gir riktig informasjon. Denne vurderingen begrunnes med at kildene har en stor grad av nærhet til det fenomenet som undersøkes, at de har god kunnskap om emnet, at det er flere uavhengige kilder, og at ingen av dem har noen klare motiver for å ikke gi sannferdig informasjon. I forbindelse med funn knyttet til det første forskningsspørsmålet er også noen av de mest sentrale data samsvarende med en kvantitativ undersøkelse for psykisk helse, som vil bli presentert i empiri-kapitlet. Hva gjelder det andre forskningsspørsmålet, hvis intensjon er å avdekke kjennetegn med problemet antibiotikaresistens, så er de samme kildene brukt for å skape forståelse og grunnlag til å besvare også dette spørsmålet, selv om denne besvarelsen i større grad er basert på det teoretiske grunnlaget. Kildene har i denne forbindelse mindre grad av nærhet og kunnskap om emnet.

De kan likevel ses på som både riktige kilder, og kilder som gir riktig informasjon, med utgangspunkt i det overordnede formålet med oppgaven, som er å undersøke hvilke faktorer som hemmer og fremmer folks engasjement for antibiotika. Folk vil i den sammenheng kunne være alle individer i en befolkning. Selv om deres tanker og meninger om antibiotika og antibiotikaresistens ikke nødvendigvis er representative for hele befolkningen, så gir det likevel et bilde av hvilke tanker og meninger som *eksisterer* i befolkningen.

Det overnevnte leder inn i de følgende vurderinger av oppgavens eksterne gyldighet, altså hvorvidt man kan generalisere de funn som er gjort i undersøkelsen. Jacobsen (2005, s. 222) sier at: «*Hensikten med kvalitative metoder er som regel ikke å generalisere fra utvalget av enheter til en større gruppe enheter (populasjonen). Denne typen studier har i liten grad som formål å slå fast omfanget eller hyppigheten av et fenomen.*» Formålet med denne undersøkelsen har vært å få en bredere forståelse av de utvalgte respondentenes personlige tanker og meninger, for dermed å kunne forstå og utdype fenomener i lys av oppgavens kontekst. At respondentene er skaffet gjennom informasjonsbasert utvelgelse, i kombinasjon med snøball-metoden, kan i seg selv ha ført til et skjevt utvalg. Det begrensede antallet kilder har vært en forutsetning for å kunne studere deres tanker og meninger i dybden, og dette formålet har veid tyngre enn muligheten til å generalisere. Det kan hevdes at de mange fellestrekkene i informasjonen fra de uavhengige kildene, og mellom denne informasjonen og oppgavens teoretiske grunnlag, er en indikasjon på at de tanker og meninger som kildene har også kan finnes igjen i større utvalg av befolkningen. Det er likevel vanskelig å gi en sterk argumentasjon for at dette skulle være tilfelle.

4.6.2 Pålitelighet

Ifølge Jacobsen (2005, s. 225) er den en gjensidig påvirkning mellom de som undersøkes og den som undersøker. Samtidig vil selve intervjuet og konteksten for datainnsamlingen kunne påvirke resultatene. Man må derfor spørre seg om undersøkelsens resultater er skapt eller formet av selve undersøkelsen. I den grad det i denne oppgaven har vært påvirkning av disse effektene, så har disse startet i det respondentene ble forespurt om å delta. I det at intervjuet ikke skjer plutselig og overraskende gir respondentene mulighet til å danne seg tanker og meninger om de temaer som vil diskuteres i intervjuet.

Det kan tolkes som en negativ effekt, fordi de data man da sitter igjen med kan være påvirket av respondentenes tanker om hvordan de selv vil fremstå, og dermed i mindre grad gi et korrekt bilde av deres egentlige meninger. Det kan også tolkes som en positiv effekt, i det at respondentene får tid til å gjøre seg opp meninger og tanker rundt temaene, noe som kanskje ikke ville vært tilfellet om intervjuet hadde skjedd plutselig. I kombinasjon med at alle intervjuene og den videre fremstilling var anonymisert så vurderes det slik at denne effekten ikke kan ses på som negativ, og at dataene som er samlet inn ikke anses å ha blitt påvirket av respondentenes eventuelle ønsker om å fremstå på en spesiell måte.

Datainnsamlingen kan videre være preget av selve oppgavens kontekst, hvem undersøkeren er og det faktum at undersøkelsen er gjort i forbindelse med en masteroppgave i Risikostyring og sikkerhetsledelse, noe respondentene ble informert om i den initiale kontaktfasen. Dette antas å særlig ha påvirket respondentenes svar på spørsmålet om deres umiddelbare tanker om antibiotika og antibiotikaresistens. Denne antakelsen bygger på at det kun var et fåtall av respondentene som nevnte «medisin» som en av de tingene de umiddelbart tenkte på. Det er vanskelig å unngå slike effekter, men det er imidlertid viktig at både den som skriver og den som leser er klar over at slike forhold kan ha innvirkning på oppgavens datagrunnlag.

Et annet viktig punkt i oppgavens pålitelighet er hvorvidt de innsamlede data er nøyaktig samlet og gjengitt i oppgaven. I 12 av 13 intervjuet ble båndopptaker benyttet, noe som gjorde at det var stor grad av nøyaktighet i registreringen av data. I det ene intervjuet ble det ikke brukt båndopptaker fordi dette ble gjort over telefon, og det følte unaturlig for meg å bruke slikt utstyr i den situasjonen. Som tidligere nevnt så ble det transkriberte materialet 12 av 13 intervju sendt til respondentene for å kontrollere at fremstillingen ga et korrekt bilde av respondentenes uttalelser. Dette var særlig viktig siden materialet ble avkortet til stikkord og siterte setninger. Forbindelse med det ene intervjuet ønsket ikke respondenten å få tilsendt det transkriberte materialet. Dette var ikke samme intervju som det som ble gjennomført per telefon.

4.6.3 Sterke og svake sider ved valgt metode

I forbindelse med en undersøkelse er man nødt til å ta metodiske valg som vil påvirke hvilke data man kan samle inn, og i hvilken grad disse data er egnet til å belyse den problemstillingen som er valgt. I denne oppgaven ble det valgt en kvalitativ tilnærming, noe som muliggjør en vektleggelse av detaljer og nyanser. I det valget ligger også en bortvelgelse av mulighetene til å si noe om hvor mange som opplever et fenomen slik eller slik, eller hvilke generelle forskjeller det er i opplevelsen av fenomenet i en befolkning. Som nevnt i underkapitlet om forskningsdesign så er jeg interessert i å se på samspillet og relasjonene mellom individet og den spesielle konteksten som undersøkes. Dette må ses i sammenheng med at det ikke er funnet andre undersøkelser som på samme måte studerer individets forhold til antibiotika, og hvilke faktorer som spiller inn i dette forholdet. For å kunne si noe om generelle forskjeller i befolkningen eller i ulike befolkninger så må man derfor vite hvilke forskjeller som er mulige å undersøke. I så måte er denne kvalitative tilnærmingen et steg ut i ukjent farvann som kan følges opp av kvantitative undersøkelser for å se på hvor mange eller få som deler de samme oppfatningene av tematikken som respondentene i denne oppgaven gir uttrykk for.

4.7 Etiske overveielser og personvern

Forholdet mellom den som undersøker og dem som undersøkes, hvordan undersøkelsen planlegges og utføres, samt hvordan dataene blir samlet inn og behandlet, er elementer i forskningsarbeidet som skal være i henhold til relevante lovverk og i henhold til skikk og bruk innenfor samfunnsvitenskapelig forskning. Med bakgrunn i dette har jeg delt dette underkapitlet i to, hvorav den første delen omhandler mitt prosjekt i forhold til etiske standarder som bør etterleves, mens den andre delen omhandler mitt prosjekt i forhold til den lovpålagte behandlingen av personvernopplysninger.

4.7.1 Det etiske aspektet ved datainnsamling

Jeg har i mitt prosjekt arbeidet ut ifra de retningslinjer som er gjeldende for forskningsetikken i Norge i dag, slik Jacobsen (2005, s 45-51) presenterer dem. Det første prinsippet for god forskningsetikk er at den som undersøkes skal gi et informert samtykke om å delta i undersøkelsen. Dette innebærer at vedkommende er i stand til å selv bestemme hvorvidt han eller hun ønsker å delta.

Det vil si at vedkommende har kompetanse til å selv bestemme, og at deltakelsen er frivillig. Det vil også si at vedkommende er gitt tilstrekkelig informasjon om undersøkelsens hensikt, samt full informasjon om eventuelle ulemper eller fordeler deltakelsen kan medføre, og hvordan informasjonen som gis vil behandles i ettertid. Til slutt vil det også si at vedkommende skjønner den informasjonen som er gitt, slik at han eller hun har grunnlag for å selv avgjøre hvorvidt vedkommende ønsker å delta.

I løpet av den initiale kontakten med mulige respondenter informerte jeg om prosjektets formål, hvilken rolle vedkommende ville ha i prosjektet, og at deltakelsen var frivillig med mulighet til å trekke seg i alle stadier av prosessen. Jeg informerte også om hvilke temaer jeg ønsket å diskutere, og om hvordan datamaterialet ville bli behandlet i ettertid. Alt dette ble siden repetert før selve intervjuet startet og etter intervjuet var fullført.

Det andre prinsippet er at den som undersøkes har krav på privatliv. Dette innebærer at man må vurdere hvor følsom og privat informasjonen som samles inn er, samt om det er mulig å identifisere enkeltpersoner ut fra data. Det siste aspektet omhandles nøye i neste del om personvern. Hva gjelder grad av følsom og privat informasjon i det innsamlede materialet så er det min vurdering at informasjonen verken behøver å anses som særlig følsom eller privat for respondenten. I starten av hvert intervju gjorde jeg respondenten oppmerksom at det var mulighet for å hoppe over spørsmål som vedkommende følte var for private eller følsomme. Ingen av respondentene benyttet seg av denne muligheten.

Det tredje prinsippet er at den som undersøkes har krav på riktig presentasjon av de data som er samlet inn. I tillegg til å innebære at en respondent eller informant har krav på at forskeren skal forsøke å gjengi den informasjonen som er gitt i fullstendig og riktig sammenheng, så betyr det også at uttalelser ikke skal tas ut av kontekst eller brukes som argument for noe annet enn det respondenten eller informanten uttalte seg om. Som nevnt i delkapitlet om gjennomføringen av intervjuene informerte jeg respondenten eller informanten om at jeg ville sende den transkriberte fremstillingen av intervjuet til vedkommende i forkant av publiseringen av prosjektet. Dermed åpnet jeg for at han eller hun kunne komme med presiseringer og kommentarer til selve prosjektet, eller trekke sin deltakelse fra prosjektet.

4.7.2 Personvern

Hvis et forskningsprosjekt omfatter behandling av personopplysninger i noen av prosjektets faser skal prosjektet meldes til Personvernforbundet. Jeg har gjennom de forskjellige fasene med planlegging, innsamling, analysering oppbevaring av datamaterialet fokusert på å unngå å utløse meldeplikten. Dette fordi jeg anser direkte personidentifiserbare opplysninger som unødvendige for prosjektets gjennomføring, gyldighet eller pålitelighet. Dalland (2012, s 100) sier at *«Det er ikke hva informanten heter, eller hvilken adresse vedkommende har, som er interessant i forskningssammenheng. Derimot er det oftest viktig å ha rede på alder, kjønn, utdanning og sosial bakgrunn»*. I mitt prosjekt er heller ikke opplysningene som Dalland presenterer i andre punktum av særlig interesse; jeg har vært på jakt etter tanker om et fenomen, for tankenes skyld, ikke for å etablere hvem som har disse tankene.

Å la være å samle inn fødselsnummer, navn, e-postadresse/IP-adresse er et enkelt tiltak for å unngå å utløse meldeplikten. Men meldeplikten gjelder også om man kan sammenstille bakgrunnsopplysninger for å avdekke en persons identitet. NSD sier at *«en person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller institusjonstilknytning kombinert med opplysninger om alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.»*. Jeg har identifisert to typer respondent- og informantopplysninger i mitt prosjekt *kan* regnes som indirekte personidentifiserbare opplysninger og bakgrunnsopplysninger; henholdsvis lydopptak og organisasjonstilhørighet.

Lydopptak kan regnes som indirekte personidentifiserbare opplysninger, om opptaket består av stemme kombinert med utvalgsriterier eller bakgrunnsopplysninger om respondenten som kan være identifiserende. Ved å utforme intervjuguiden på en måte slik at det ikke framkom slike opplysninger i selve opptaket eliminerte jeg muligheten for at identifisering gjennom sammenstilling av informasjon kunne utføres.

Den empiriske fremstillingen av informasjonen fra respondentene og informantene er anonymisert så langt det lar seg gjøre. Respondentenes organisasjonstilhørighet er en nødvendig opplysning for å kunne presentere forskjeller og likheter mellom de ulike respondentgruppene.

I et av tilfellene har jeg, som tidligere nevnt, også anonymisert organisasjonstilhørighet for å unngå å muliggjøre identifisering gjennom sammenstilling av bakgrunnsopplysninger.

Det overnevnte, i kombinasjon med at noen av organisasjonene hvor respondentene er hentet ifra består av tusenvis av mennesker på landsbasis, danner grunnlaget for min vurdering om at det ikke er mulig å identifisere respondentene basert på sammenstilling av bakgrunnsinformasjon, ei heller i kombinasjon med indirekte personidentifiserbare opplysninger i form av lydopptak.

I og med at oppgavens kontekst omhandler antibiotikaresistens, kan det tenkes at prosjektet kan omfattes av Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) Loven gjelder for *«medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Slik forskning omfatter også pilotstudier og utprøvende behandling.»* Videre definerer lovens paragraf 4 at medisinsk og helsefaglig forskning er *«virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom»* Jeg kan ikke se at jeg i dette prosjektet omfattes av disse bestemmelser, fordi jeg ikke forsker *på* mennesker i den forstand som omfattes av loven. I tillegg baserer ikke prosjektet seg på respondentenes helsetilstand eller historikk, men mer om deres tanker og vurderinger omkring et emne som knytter seg til den kollektive helse, sett fra et individuelt ståsted.

5. Empiri

I dette kapitlet vil de funn som er gjort i forbindelse med datainnsamlingen presenteres. Fremstillingen består av to underkapitler, med utgangspunkt i oppgavens forskningsspørsmål. Videre er fremstillingen organisert ut ifra hovedtemaene i intervjuguiden knyttet til hvert av de to forskningsspørsmålene. Deretter er de innsamlede data kategorisert ut ifra respondentenes kategoritilhørighet, det vil si kategoriene *Kosthold (1)*, *Kreft (2)* og *Klima (3)*. De enkelte respondenter er videre gitt bokstavkoder, kombinert med tallet til kategorien de tilhører. Eksempelvis vil den første klimarespondenten benevnes med koden 3a.

Det kunne også vært hensiktsmessig å gitt en samlet fremstilling av de forskjellige respondentenes likelydende og ulike svar. Jeg har likevel valgt å ta vare på kategoritilhørigheten også i den empiriske fremstilling, med bakgrunn i en vurdering om at det da blir lettere for leseren å skaffe seg et godt overblikk over de likheter og forskjeller som man finner i de forskjellige kategoriene av respondenter.

Denne fremstillingen baseres på omlag 75 sider med transkripsjoner i stikkordsform fra 13 forskjellige intervjuer. Siden oppgaven har en eksplorerende problemstilling så blir dette kapitlet nødvendigvis stort i omfang, med det formål å gi et tilstrekkelig bilde av de tanker, meninger og holdninger som ligger bak drøftingspunktene som blir presentert i neste kapittel.

5.1 Engasjement i en helsesak

5.1.1 Respondentenes bakgrunn som engasjerte

5.1.1.1 Kosthold

Av respondentene som er engasjerte i kosthold så oppga 3 av de 5 (respondent 1a,1b og 1e) at dette engasjementet hadde utgangspunkt i sykdom hos seg selv, og/eller i kombinasjon med sykdom hos deres nærmeste. Respondentene 1c og 1d hadde vært opptatt av kosthold siden de var unge, da med vektreduksjon som utgangspunkt; «*Livet har jo vært en evig slankekur* (respondent 1c).»

Felles for alle respondentene er at de, basert på egen erfaring, er uenige i de kostholdsråd som gis av myndighetene, og at deres medlemskap i Kostreform til dels er grunnet et ønske om å støtte organisasjonen i arbeidet med å påvirke myndighetene til å endre de gjeldende kostholdsrådene; «*Det er ubalanse i hva dem (myndighetene) fremmer av kostholdsråd og hva som er realiteten* (Respondent 1a).» Varigheten på medlemskapet varierer blant respondentene, fra et par måneder og opptil flere år. De fleste oppdaget Kostreform gjennom egne søk etter informasjon, mens respondent 1a ble anbefalt å ta kontakt med organisasjonen av sin lege. Respondent 1b opplevde derimot at legen hennes avviste hennes påstander om at hennes varierende helse kunne være forårsaket av kostholdet. Hun slo seg ikke til ro med det, og valgte å ettersøke informasjon selv. Hun fant etterhvert frem til et kosthold hvor hun ble symptomfri i løpet av 3 uker, og har hverken hatt symptomer eller brukt medisiner siden. De kostholdsråd som Kostreform fremmer oppleves av respondentene som relevante for eget kosthold, og det er en felles oppfatning at kosthold både kan ha en forebyggende og behandlende effekt i forhold til mange sykdommer. Respondent 1b påpekte også at hun synes det var fint å finne en plass hvor der er andre som har samme syn på kosthold som henne.

5.1.1.2 Kreft

Av respondenter som er engasjerte i kreftrelatert arbeid så har jeg snakket med en som er engasjert på frivillig basis (2a), og to (2b og 2c) som har sitt daglige virke i en organisasjon med fokus på kreft. De to sistnevnte respondentene har tett kontakt med mennesker som er engasjerte på frivillig basis, og kan i så henseende defineres som informanter. Jeg vil likevel, for enkelthets skyld, omtale dem som respondenter i denne fremstillingen.

Respondent 2a har selv vært rammet av kreft, og følte et behov for å ha noen å snakke med og få relevant informasjon. Han ønsket også at hans mor skulle få informasjon om prognoser og behandling. Organisasjonen han nå bidrar i som frivillig bisto med dette, noe som betydde svært mye for vedkommende. Dermed føler respondenten et ønske om å gi noe tilbake. Han hadde ikke noe særlig forhold til kreft eller kreftrelatert arbeid før han selv ble rammet, foruten at moren til en i hans omgangskrets hadde gått bort i kreft. «*Jeg visste jo at mange folk fikk kreft, men tenkte aldri på det. Det var først da jeg trengte hjelp at det ble naturlig å ta kontakt.*»

Respondenten jobber som frivillig omlag en dag i måneden, hvor han har særlig fokus på å hjelpe til ovenfor barn og unge; *«Det er mange som har mistet en forelder, og som trenger noen til å holde i hånden opp fjellsidene når vi er på tur.»* Respondenten tror at de fleste frivillige har en klar tilknytning til kreft, enten ved at de er rammet selv, eller at noen i familien eller omgangskretsen har kreft. Denne oppfatningen deles av respondentene 2b og c. Respondent 2c tror at dette gjelder for frivillige i mange organisasjoner: *«Det må jo være en sak en brenner for på en eller annen måte.»*

Respondent 2b har bakgrunn fra politisk arbeid, og hun har vært engasjert siden hun var veldig ung. Hennes engasjement har ikke bakgrunn i private relasjoner, til forskjell fra organisasjonens frivillige, men hun sier at: *«når man vet at 1 av 3 får en kreftdiagnose før fylte 75 år, så er det noe som angår oss alle. Det vil angå de fleste familier på et eller annet plan. De aller fleste av oss vil bli syke selv eller nære pårørende. Derfor tenker jeg at kreft er ikke noe som angår andre, det er noe som angår oss alle.»* Respondenten tror at hva man er interessert i og engasjerer seg for har mye med opphav å gjøre, i tillegg til at det er mye tilfeldigheter som også påvirker valg av utdanning.

Respondent 2c har bakgrunn i helsevesenet. Hun har alltid synes at kreft har vært et spennende fag å jobbe med, og har hatt stillinger ved ulike avdelinger knyttet til kreftbehandling. I tillegg har hun engasjert seg i Forum for kreftsykepleie, og sier at *«Kreftpasienter er en pasientgruppe som passer for min personlighet. Man kan ha mange samtaler og mye samvær med pasienter. Det gir mye å ha tid til å være en slik støtte.»*

5.1.1.3 Klima

Felles for alle klimarespondentene var at de hadde vært engasjert i klima og naturvern over lengre tid, ofte siden barndommen, uten at de kunne vise til spesifikke hendelser som kan definere et startpunkt for deres engasjement. Respondent 3a og 3b nevner at engasjementet startet allerede på barneskolen, og respondent 3a minnes at skolen hadde fokus på avfallshåndtering og at det var mye snakk om at jorden ville gå under i år 2000. Samtidig er påvirkning fra personer i nære relasjoner noe som trekkes frem av flere av respondentene. Respondent 3a husker at en barndomsvenninne hadde en lærer som hadde fortalt om hvordan jorden ville gå under grunnet for mye forurensing, og at dette helt klart gjorde et sterkt inntrykk.

Respondent 3d har alltid hatt et nært forhold til naturen, og ble opplært til å se hvordan naturen henger sammen; *«Jeg er arvelig belastet; min far var også veldig opptatt av miljø»*.

Noen av respondentene trekker også frem egne observasjoner i deres nære omgivelser som en viktig kilde til engasjementet. Respondent 3c har alltid vært interessert i fugler, og sier at *«som interessert i ornitologi ser man raskt hva som skjer med naturen; fugler som forsvinner er en god indikator på slike endringer.»* Respondenten opplever likeledes at det har vært en glidende overgang til å bli mer og mer engasjert, fremfor et markert “skille”. Respondent 3e vokste opp nær forurensende industri, og har hatt en bevissthet knyttet til dette siden. Han har også jobbet i, og levd ved siden av fiskeoppdrett, og sett hvilke holdninger som den gang gjaldt hva angår utslipp i nærmiljøet. Han tror likevel at dette er blitt bedre nå.

Som voksne har respondentenes engasjement fått forskjellige utløp. Respondent 3e stiftet et lokallag i Natur og Ungdom på gymnaset, og respondentene 3a og 3c har vært engasjerte gjennom samme lokallag i Fremtiden i Våre Hender. Det sistnevnte initiativet “rant ut i sanden” da hovedinitiativtakerne for dette lokallaget flyttet til en annen landsdel. Respondent 3c er i dag lokalleder i Naturvernforbundet. Respondent 3b sier at hun er blitt dypere økologisk og “strengere” i sine synspunkter og meninger som voksen. Respondent 3d har som voksen jobbet som klimajournalist, og engasjementet har blitt forsterket etterhvert som utviklingen har gått i den retningen den har. Hun sier at hun har sett en påfallende endring i natur og miljø i eget nærområde. Flere respondenter trekker frem at økt kunnskap har ført til et videre engasjement i voksen alder. Respondent 3e sier at han har opplevd mye mer forurensingsproblem etter å ha bodd i byer både i Norge og i utlandet; *«Det er ikke en teoretisk problemstilling i livet mitt, forurensingen har vi rundt oss»*

5.1.1.4 Andre kilder

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har gjennom kvantitative undersøkelser og påfølgende rapporter i 2002, 2007 og 2012 kartlagt hva som kjennetegner folks engasjement, åpenhet og holdninger for psykisk helse, i tillegg til å måle hvordan dette har utviklet seg over tid. Rapporten fra 2012 konkluderer med at folks engasjement er minst når det gjelder den psykiske helsen i befolkningen generelt. Det sterkeste engasjementet ligger hos mennesker i nære relasjoner, mens engasjementet rundt egen helse er litt lavere.

Resultatene viser at et klart flertall vil engasjere seg hvis familie eller venner får psykiske problemer. Altså vil de som kjenner noen med psykiske vansker, eller selv har opplevd dette være mer engasjert enn de som ikke har slike erfaringer. Av endringer fra foregående rapporter spores en viss økning i folks engasjement overfor psykisk helse i befolkningen generelt, samt en liten nedgang i engasjementet overfor egen psykiske helse. Analysene indikerer små variasjoner i engasjement for de ulike gruppene av respondenter. De klareste effektene gir kjønn og kjennskap til psykisk sykdom. Funnene viser også at kvinner er (som i 2007) mer engasjert enn menn (Blåka, 2012).

5.1.2 Respondentenes følelsesmessige utbytte

5.1.2.1 Kosthold

Alle respondentene synes at de sitter igjen med gode og positive følelser grunnet deres engasjement. I tillegg til den personlige gevinsten ved å ha et bevisst forhold til sitt kosthold, og å ha en kilde til relevant informasjon gjennom sitt medlemskap i Kostreform, så nevnte også flere av respondentene at det føles bra å bidra i et arbeid som de følte var viktig for samfunnet, da gjennom å forsøke å påvirke myndighetene til å endre kostholdsrådene.

5.1.2.2 Kreft

Respondent 2a sitter igjen med en positiv og god livskvalitet som følge av å være engasjert. «*Jeg gleder meg når de spør om jeg vil være med å hjelpe, det gir meg energi og glede*». Han forteller at man treffer mange mennesker som er positive selv om de har mye å stri med. Han føler ikke at han må delta i de ulike arrangementene, men han gjør det fordi han synes det er kjekt å være med, selv om saken de jobber med er av en alvorlig karakter.

Respondent 2b sier hun igjen med en jobbtilfredshet hvor det ikke er pengene som motiverer.

«Jeg får være med å utgjøre en forskjell, fordi jeg er med på å bygge en organisasjon som vokser; får jeg inn mer penger og flere ansatte, så kan vi hjelpe flere, og vi kan utgjøre en forskjell for flere. Følelsen av såkalt “suksess” ved at vi vokser og hjelper flere er det en helt enorm motivasjon. Kreft rammer ikke bare den som blir syk, men også alle dem som står rundt, og dem glemmes fort av hjelpeapparatet. Vi følger opp på andre arenaer enn det andre gjør. Når vi ser hvilken betydning det har for familiene, så er det et kjempestort grunnlag for engasjement til å hjelpe flere.»

Respondent 2c føler at hun gjør en verdifull jobb, og at hun reflekterer over ting på en annen måte: *«Føler at det bidrar til at jeg får et fornuftig syn på livet, og hva jeg ønsker med livet.»*

5.1.2.3 Klima

Hos respondentene som er engasjert i klima var det et mer variert bilde av hva de satt tilbake med av følelsesmessig utbytte, sammenlignet med de to foregående gruppene. Respondent 3a synes at det stort sett føles veldig godt å kunne gjøre noe for å påvirke situasjonen i riktig retning. Noen ganger kommer det likevel følelser som *«Det har jo ingenting å si, jorden kommer jo til å gå under uansett»* og *«Noen dager føler man at det man gjør betyr veldig lite.»*

Respondent 3b sier at hun har truffet mange kjekke folk gjennom sitt engasjement, men samtidig blir hun mye sint og frustrert. Hun er personlig desillusjonert fordi hun ser at den sivilisasjonen og det systemet vi har ikke har gjort jobben sin på dette feltet. Hun sier at det er engasjement og frustrasjon i skjønn forening. Respondent 3c har hatt en gradvis økende eksistensiell tilnærming til problematikken. Han har møtt mye motstand og fått mye kjeft grunnet sitt engasjement, så han føler at det blir mer negative følelser enn positive. Samtidig føler han at han gjennom engasjementet får en tilhørighet til omgivelsene.

5.1.3 Engasjementets påvirkning på respondentenes dagligliv

5.1.3.1 Kosthold

Respondentenes engasjement påvirker deres dagligliv i varierende grad, selv om en fellesnevner selvfølgelig er at deres kosthold er basert på de kostholdsråd som forfektes av Kostreform for bedre helse. Respondent 1c synes at disse rådene tidvis kan være vanskelig å følge, særlig i sosiale settinger som selskaper og andre sammenkomster. For respondent 1d påvirker engasjementet også forholdet til kjemikalier i hud- og vaskeprodukter, i så måte at hun unngår dette så langt som mulig. Respondent 1e sier at *«Det er ingen som er så ekstrem som meg, hverken i familie eller i omgangskretsen min.»*

5.1.3.2 Kreft

Dette var ikke et tema under intervjuene med kreftrespondentene.

5.1.3.3 Klima

Respondentenes engasjement påvirker i stor grad deres dagligliv, særlig med tanke på valg av matvarer og transportmidler.

Alle reiser minst mulig med fly, og mange sier at de i dagliglivet velger tog og sykkel foran personbil. Flere reduserer også mengden kjøtt i kostholdet med bakgrunn i et ønske om å redusere utslipp i forbindelse med kjøttproduksjon, i tillegg til at de spiser mest mulig økologisk mat og dagligvarer med minst mulig tilsetningsstoffer. Respondent 3e sier at: *«når det gjelder å være bevisst på hva jeg holder på med seg, være skånsom, og sette et forsiktig fotavtrykk, så er jeg nok over middels på en skala.»* Respondent 3a sier at hun opplever at folk sier at “flyene går jo uansett” og “du får jo bare mindre tid i Oslo”, men da tenker hun at hvis alle tenker sånn så blir det jo ihvertfall ikke noe bedre.

5.1.4 Respondentenes egne målsetninger, og deres vurdering av betydningen av engasjement i befolkningen (innen deres respektive områder)

5.1.4.1 Kosthold

Respondent 1a synes det er viktig at det finnes en stemme som sier ifra, og som sier at ting er feil. Vedkommendes medlemskap i Kostreform er derfor basert på et ønske om å være med å påvirke myndighetene til å endre kostholdsradene. Dette synet deles av de andre respondentene, også respondent 1c, som påpeker at hennes bidrag bare er en dråpe i havet, men *«mange bekker små. Det er viktig at vi engasjerer oss, at vi er en iblant mange.»* Videre erkjenner hun at politiske endringer tar lang tid, men at engasjement fra befolkningen påvirker gradvis: *«Det tar tid å krangle med myndighetene.»* Respondent 1a mener at engasjement i befolkningen har nokså stor betydning for politiske beslutningsprosesser, og at det allerede har gitt resultater ved at det har vært oppdateringer i myndighetenes kostholdsrad som tidligere ble sett på som feil.

Respondent 1d trekker frem at i forbindelse med forbud mot privat import av vitamintilskudd, så ga myndighetene etter for krav fra befolkningen. Hun mener også at vi som forbrukere har stor mulighet til påvirkning, ettersom at markedet styres av hva vi kjøper i butikken. Respondent 1d er klar på at et ønske om å endre myndighetens kostholdsrad er et samfunnsengasjement og synes det er viktig å støtte opp om “saken” til Kostreform for bedre helse. *«Jeg sitter på kunnskap som kan forbedre eller forebygge livsstilssykdommer gjennom kosthold. Myndighetene er ikke villig til å gjøre noe med det, det blir som å snu en mastodont; det vil ta tid. Da mener jeg at det er kjempeviktig med den typen organisasjoner, og det å støtte opp om disse.»* Også respondent 1b mener at en endring i kostholdsradene vil være til det beste for hele Norges befolkning.

Hva angår personlige målsetninger knytter respondentene dette til å holde seg og sin familie frisk gjennom et sunt og godt kosthold, samt å unngå sykdommer som er konsekvenser av feil eller dårlig kosthold.

5.1.4.2 Kreft

Respondent 2a ønsker å utgjøre en forskjell i det lokale kreftmiljøet. Han føler at han har mer igjen av å engasjere seg lokalt fordi:

«Jeg kjenner meg mer igjen i det lokale. Her er jeg med og hjelper unger til kompiser som har falt ifra. Jeg har en tilknytning til det lokale. Det gir meg mye mer. Man har et ansikt å forholde seg til. Folk kjenner meg igjen fra gang til gang. Den lokale og nære tilknytningen er en motivasjonsfaktor i seg selv».

Respondenten trekker frem prosjektet 48 Timer som påvirker politiske prosesser i hvordan behandlingsforløpet utarter seg som et skussmål for at det nytter å engasjere seg. Respondent 2b og c ønsker at organisasjonen skal fortsette å vokse for å hjelpe flere. Respondent 2b sier at organisasjonsbygging er selve drivkraften. Hun mener også at engasjement må dyrkes. Alle må eie målet og strategien og være en del av prosessen. Hun mener at det er da man får engasjement, når man får alle med på at “dette skal vi klare”. Både respondent 2b og c ønsker at organisasjonen de tilhører skal bli et nasjonalt kompetansesenter og at det ikke skal være noe forskjell på hvilken behandling man får, basert på geografisk tilhørighet,

5.1.4.3 Klima

For respondent 3a så er det muligheten til å påvirke personlige og lokale klima- og miljøtiltak som primært er motivasjonen bak hennes engasjement. Respondenten opplever at folk sier at det ikke har noe å si hva man gjør som enkeltperson, men vedkommende tenker at det er en innsats for henne og hennes liv, og hun ønsker å være et forbilde i håp om å kunne påvirke andre, om enn kun i liten grad. Hun synes at der er veldig rart at ikke alle er veldig interessert i miljøvern, med tanke på hvordan tilstanden er i dag. Samtidig mener hun at endringer må initieres fra politisk hold: «*Det nytter ikke at jeg og fem andre sitter her, det må jo være lovpålagt med diverse ting.*» Respondent 3b mener at engasjement i befolkningen er av stor betydning for politiske beslutningsprosesser, særlig fordi dette ofte får stor mediedekning. Hun mener at endringer må initieres i alle led, både fra det politiske plan og fra befolkningen.

Samtidig føler hun at miljøbevegelsene har spilt seg selv ut på sidelinjen ved måten de fremstår på: *«Det er de ultragrønne geriljafolkene versus plebsen, og det bør ikke være sånn; alle bør trekke i samme retning»*. Respondent 3c ønsker å være en positiv kraft i samfunnet som påvirker beslutningsprosesser i riktig retning ved å være “storforbruker av demokratiet”. Også han mener at folkelig engasjement har stor betydning i slike prosesser, men at folk ofte undervurderer sin egen makt: *«Mange tenker nok at man ikke kan gjøre noe med det.»* Han føler derimot at det nytter å bry seg, og at politikere ønsker, og er takknemlige, for innspill. For å unngå mer skade på miljøet og begrense klimaendringene så mener respondenten at man er avhengige av at politikerne tar det ansvaret som er gitt dem. Samtidig mener han at man får de politikerne man som befolkning fortjener. Respondenten 3d sier at hun tidligere følte at hun hadde en visjon med journalistikken sin, ved å skape grunnlag for forståelse og handling. Hun følte at hun var en brikke i det hele, men at hun oppnådde noe med det. Nå tenker hun ikke så mye på målsetninger lenger. Når det gjelder befolkningens mulighet til påvirkning så synes hun at det absolutt fører til press på de politiske prosesser. Både størrelsesantallet og innsats fra enkeltpersoner kan være av stor betydning i så henseende. Videre sier hun at demokrati forutsetter kunnskap og innsikt; *«foreløpig synes jeg ikke det er nok av det til at det store flertallet presser på slik at det som må bli gjort blir gjort.»*

Respondent 3e sier at *«Gjennom praksisen min så ønsker jeg å påvirke andre»*. Det finnes helt vanlige folk rundt oss som lever på en bevisst måte som forurenser lite, og som ikke gjør et stort nummer ut av det. Videre sier han:

«Hva jeg og min familie gjør er jo piss i havet, om bare vi gjør det. Men om alle i Norge hadde gjort omtrent det samme (...) Men om alle hadde levd som oss på denne planeten, så hadde jo vi lagt jorden øde i løpet av et par år, for vår levestandard er ikke bæredyktig. Men det handler om å for eksempel begrense reising. Det er helt uvesentlig for å redde planeten, hva jeg driver med, med tanke på Co2 utslipp. Men om man er bevisst på at man ikke griser rundt seg med kjemikalier, og om vi sykler i byene i stedet for å kjøre, da er man nærmere å gjøre noe av betydning.»

På spørsmål om i hvilken grad dette påvirker hans motivasjon til å være engasjert, så svarer han:

«Jeg er klar over at mitt bidrag er forsvinnende lite. Nordmenn er veldig flinke til å peke på politikerne hele tiden, og kreve tiltak og at det skal gjøres noe, men “gjør noe selv da”! Det ligger en veldig makt i hva vi gjør med lommeboken vår. Om det var slik at vi virkelig mente at noe burde gjøres, så er det bare å sette i gang. Om alle er enige om en ting vi har lyst å rette på, så trenger man ikke gå til Stortinget. Det er utrolig mye man kan gjøre innenfor lovverket. Om det er veldig mange som ønsker å gjøre noe, så har vi en selvstendig makt som borgere, om mange enkeltindivid gjør det samme.»

5.1.5 Respondentenes vurdering av faktorer som kan fremme engasjement (innen deres respektive områder)

5.1.5.1 Kosthold

Respondent 1a mener at et ønske om kontroll over egen vekt og eget kosthold er en viktig faktor som fremmer engasjement. Han legger videre til at personlige, helsemessige forhold er en forutsetning. På samme måte mener respondent 1b at engasjement avhenger av at man ser at maten man spiser har en påvirkning på helsen, enten for en selv eller noen man er glad i. Hun mener videre at det er en forutsetning at man er informasjonssøkende, og at man evner å skille mellom informasjon som har rot i virkeligheten, og hva som ikke har det. Respondent 1c mener at man nesten må føle på kroppen at det er riktig å engasjere seg. Respondent 1d sier at: *«Jeg tror mange har en innfallsvinkel i at de vil holde seg slanke»*, og hun mener at veldig mange mennesker er opptatt av kosthold og ernæring. Respondent 1e er derimot litt usikker på hvilke faktorer som kan føre til engasjement innenfor kosthold.

5.1.5.2 Kreft

Respondent 2a mener at det er avgjørende at det finnes en etablert og inkluderende organisasjon hvor man blir tatt imot og vises respekt. Respondent 2b mener at det for veldig mange omhandler personlige erfaringer. Det omhandler også frykt, spesielt når det kommer til kreft, og at mange forbinder kreft med død: *«De fleste kjenner noen, og jo nærmere det er, jo mer engasjert blir man. I helsespørsmål generelt, om man føler at det angår deg, på et eller annet nivå, så blir man mer engasjert.»* Hun sammenligner det med KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) og forklarer det slik: *«Engasjerer KOLS-saken meg? Kanskje ikke så mye, fordi jeg føler ikke at det angår meg.»*

Men om noen hadde spurt meg for noen år siden om jeg ville bidra i innsamlingen til en kreftsak, så ville jeg helt sikkert gjort det, fordi jeg føler at det angår meg, det angår barna mine, det kan angå foreldrene mine». Videre sier hun at «man appellerer til følelser, og om de følelsene er at “dette angår meg”, eller frykt eller håp, så tenker jeg at man blir mer engasjert.»

Basert på hennes egne erfaringer sier hun at: *«Vi ser at folk blir berørt når vi forteller om arbeidet vårt. Engasjement handler også om å berøre, fordi man berører følelsene.»*

Likeledes sier respondent 2c at *«jeg tenker først og fremst at det å ha en direkte erfaring (med en tilstand, sykdom etc.) er det som i hovedsak fører til at folk engasjerer seg i en sak. At en opplever at ting blir utilstrekkelighet og at man opplever at det blir vanskelig å finne frem (informasjon). Det går mye på egne erfaringer»*

5.1.5.3 Klima

Respondent 3a mener at man bør ha samvittighet og tanker om at verden er en plass som skal deles på, og alt er ikke vårt her oppe i vesten. I tillegg må det være en erkjennelse av at alt henger sammen: *«vi er på en jordklode hvor det ikke fungerer at vi ser “dette er vår del”.»* Om lokallaget som respondenten var en del av så sier vedkommende at det var forskjellige typer mennesker som var med, med forskjellige innfallsvinkler. Klima- og miljøengasjement kan derfor ha utspring fra flere forskjellige felt. Denne oppfatningen deles med respondent 3c, som mener at det er store forskjeller blant de engasjerte; noen har generelle holdninger, mens noen andre har spesiell kunnskap om enkeltemner. Videre mener han at *«jo verre det går med klimaet, jo flere blir engasjerte»*. Respondent 3b mener at nærhet og eierskap, ansvar og en følelse for det man holder på med er forutsetninger for engasjement; *«Stolthet og eierskap er viktig for å ivareta miljøet. Også den politiske formidlingen av relevante problemstillinger er av stor betydning.»*

Respondent 3d mener at kunnskap er en viktig forutsetning for engasjement, men at denne kunnskapen er manglende i befolkningen i dag. *«Man må se det, føle på en usikkerhet, og man må føle seg truet. Jeg tror ikke det er så mange som bryr seg om det, de lukker gardinene og tenker at det ikke har noe med dem å gjøre.»* Hun mener at både skolen, media og politikerne har et ansvar for å drive folkeopplysning.

5.1.6 Respondentenes vurdering av faktorer som kan hindre engasjement (innen deres respektive områder)

5.1.6.1 Kosthold

Respondent 1a mener at frykt for eksponering ved å etablere kontakt med en organisasjon som fokuserer på kosthold kan være med å hindre folk i å engasjere seg. Han legger til grunn at kroppsfokuset i samfunnet er galt på mange måter, og at det også kan gi negative utslag ved at folk vegrer seg for å ta det nødvendige skrittet for å bedre egen helsesituasjon. Respondent 1b mener at steile fronter, mye forvirring, uro og usikkerhet hindrer engasjement. Folk blir forvirret og gir opp, siden personer med status og myndighet hamrer hardt på sine argumenter. Mange velger heller en gylden middelvei; et kosthold som består i litt av alt. Til sammenligning mener respondent 1c at folk stoler på de råd som gis av myndighetene, samtidig som de ofte selv har gjort seg opp en mening om hva som er sunn mat. Respondent 1d tror at folk kan bli litt sløve, ved at de tror de sitter på sannheten. Mye av dette skyldes påvirkning av media, men også kostholdsrådene som kommer fra myndighetene. Respondent 1e er usikker på hvilke faktorer som kan hindre engasjement.

5.1.6.2 Kreft

Respondent 2a mener at mange ikke vil engasjere seg fordi det ikke angår dem selv. Han tenker også at folk kanskje er redde for å engasjere seg i noe kreftrelatert fordi de ikke vet nok om det. *«Folk må være trygge på det de vil være med på, og de må ha en viss tilknytning, ha et forhold til saken. Folk blir med på ting som gagner dem selv; det må være en slags gulrot.»*

Respondent 2b sier følgende kan hindre engasjement: *«Følelse av avmakt. Om det man sier, eller meningene dine, eller engasjementet ditt ikke kan være med på å utgjøre en forskjell, så tror jeg at det kan påvirke engasjementet i negativ favør.»* Hun trekker en parallell til å stemme ved valg:

«Om du føler at det ikke har noe å si om du stemmer, så vil du kanskje finne ut at neste år så gidder jeg ikke å stemme. Det har også med engasjement i et helserelatert spørsmål, man må føle at man har en stemme. Det ser vi også blant dem som støtter oss, de må føle at de er med og bidrar til noe. De må være med på å utgjøre en forskjell.»

Ifølge respondent 2c sier at “den berømte tidsklemmen”, altså at folks travle dagligliv ikke gir rom til å utvise engasjement i særlig grad: *«Folk føler nok på det tidsmessige hvorvidt de kan bruke sin fritid på frivillig arbeid eller om man skal bruke den på noe som gagner en selv eller familien på en annen måte.»*

5.1.6.3 Klima

Respondent 3a mener at det kan være mange ting som kan hindre engasjement innenfor klima. Vedkommende mener at tid kanskje er det folk skylder mest på. Hun synes det er vanskelig å skape endring i befolkningen fordi folk er veldig opptatt av frihet, og tenker på seg selv; “Jeg fortjener alt mulig”. Likevel synes hun at oppslutningen som Miljøpartiet de grønne fikk under forrige valg viser at folk er blitt mer bevisste, men at partiets fall på senere meningsmålinger viser at saker som håndteringen av økt tilstrømming av flyktninger er mye viktigere for opinionen. Hun mener at det er et problem for folks klima- og miljøengasjement at det er så mange andre problemer som er mer tidsaktuelle og engasjerende. Samtidig mener hun at befolkningens velstand hindrer engasjement for klima, og hevder at tanker som “Jeg må jo leve mitt liv så godt som jeg kan, så kan heller andre ta seg av det” og “det går jo fly uansett” er utbredte former for ansvarsfraskrivelse blant befolkningen.

Respondent 3b sier at: *«Når folk tenker på klima og naturvern så kommer “lenkegjengen” frem i deres hoder. Folk går i selvforsvar, og er redde for pekefingeren.»* Hun mener at denne pekefingeren må komme til heder og verdighet igjen; *«Det er noen måter å leve på, gitt det vi vet nå, som er feil eller farlig»*. Hun hevder også at folk ikke forstår klimadebatten, fordi den blir for avansert, og at, i den grad folk bryr seg, så er det ganske trygt å dra dynen over hodet; folk vil leve godt og ha det fint. I tillegg er endringer i levestil og levesett skummelt for folk; *«jeg har snakket med mange oppegående folk som sier: “det er blitt varmere, der er blitt kaldere, det er bare været ...”»*

Respondent 3c mener at mangel på kunnskap er en viktig faktor som hindrer engasjement; *«Klima består stross alt av kompliserte prosesser»*. Altså mener også han at fremstillingen av problemet er for komplisert for at folk skal kunne se hvordan de selv kan utgjøre en forskjell. Videre mener han at folk kan føle på en maktesløshet ved at man ikke er godt nok skolert i hvordan samfunnet og demokratiet fungerer. I tillegg tror han at folk nok med seg selv, og at det skjer så mye i verden som man må ta stilling til. Samtidig føler han at man ikke har samme tilhørighet til omgivelsene og dens natur lenger, da folk både reiser og flytter oftere og over større avstander.

Respondent 3d mener at i et opplyst samfunn så er det ikke så mange ting som kan hindre engasjement. Videre mener respondenten at befolkningens opptatthet og kunnskap om sammenhengene er manglende, og det er en av årsakene til at de ikke engasjerer seg. Hun tror det delvis er grunnet manglende interesse og manglende undervisning, som fører til manglende kunnskap som igjen fører til manglende erkjennelser. Også respondent 3d mener at den generelle borger nok ikke klarer å se balansen i det hele (klimaet), og at dette kombinert med at det blir ropt mye “ulv”, så fører til at folk opp, i en følelse av maktesløshet.

Respondent 3e mener at man må være i en kultur hvor det er sosialt spiselig å kunne tenke annerledes enn mainstreamen: «*Plebsen har ikke lært seg å tenke kritisk*». Heller har de lært seg en ekspertmotstand: “noen inni Oslo har bestemt hvordan alt skal være, men vi ser jo her at klimaet er som det alltid har vært” og “alt man gjør er galt, kan ikke drive med oppdrett, jakt eller fiske eller noen ting”. Respondenten mener at slike holdninger forårsakes av en kultur hvor klimatiltak blir sett på som en trussel mot vårt levesett. Han mener at man må jobbe med holdningene på brei front, og at man må komme i dialog med den tause majoriteten, som i hovedsak synes at dette er tøys og plagsomt, og få dem til å bli opptatt av klima og miljø, og diskutere det uten at det er en sosial risiko knyttet til det. I motsetning til noen av de andre respondentene, så mener han at kunnskapen i befolkningen er tilstede, men holdningene mangler.

5.2 Hva kjennetegner problemet med antibiotikaresistens?

5.2.1 Respondentenes tanker om antibiotika og antibiotikaresistens

5.2.1.1 Kosthold

Respondent 1a får frysninger når han hører ordene antibiotika og antibiotikaresistens. Han sier at det «*ikke noe som er nytt for meg, at bruken av antibiotika i oppdrett og egentlig i hele næringskjeden, er, og har vært, ukritisk. Det er veldig skremmende at man må slakte hele fjøs med resistente dyr.*» Denne oppfatningen deles av respondent 1c, som sier at det er skummelt at det finnes resistente bakterier, og at dette kan være bare begynnelsen på en mye større utfordring: «*Vi får håpe man får bukt med det, og er litt mer forsiktige i fremtiden.*» Videre tror hun at legene har vært for slepphendte med å gi antibiotika, men hun tror også at flere leger er mer restriktive i dag. Samtidig mener hun at Helsevesenet, og ikke minst legene er ansvarlige for å hindre videre resistensutvikling.

Respondent 1b mener at legemiddelindustrien burde være mye mer åpne om skadevirkningene antibiotika har, både på mennesker og dyr, og både i et kortsiktig og langsiktig perspektiv. Hun mener videre at befolkningen også har et ansvar, men sier at *«Man kan ikke regne med at mannen i gaten kan, har tid til eller interesse av å sette seg inn i disse spørsmålene. Det er for mye å forvente.»* Hun mener at myndighetene har et ansvar å informere alle samfunnslag om dette. Om viktigheten av virkfulle antibiotika sier respondenten at: *«antibiotika er noe man må ha, og noen ganger står det om livet. Det er ingen vei utenom, vi må ha det. Men det misbruket som har foregått over lang tid har gjort at vi har et problem, når det står om liv så kan det være at det ikke har effekt, og at folk kan dø. Det er veldig alvorlig.»*

Respondent 1d er glad for at det nå blir satt mer fokus på antibiotikaresistens, men mener at det egentlig er litt for seint, og at fokuset nå er en reaksjon på at det har gått for langt allerede. Hun mener at det ikke er tvil om at mange leger har vært altfor sløve i denne forbindelse.

Når respondent 1e tenker på antibiotika så tenker hun at det er gift for kroppen, og at det kan være veldig effektivt, men at det også kan ha bivirkninger: *«Om jeg har fått tablett med antibiotika så kan det bli for sterkt for magen til at jeg klarer å gjennomføre en antibiotikakur.»* Hun forteller at det er mange år siden hun har gått på antibiotika, og at hun heller har funnet andre metoder for å bli frisk. Hun har også en oppfatning av at om man går til legen for noe, så får man enkelt antibiotika: *«Føler de sitter klar til å skrive ut, nesten uten at man trenger å si noe. Jeg synes det er galskap.»*

5.2.1.2 Kreft

Når respondent 2a tenker på antibiotika så får han assosiasjoner til egen sykdomsperiode og infeksjoner i forbindelse med kreftbehandlingen. Hva angår antibiotikaresistens så føler han at han ikke har noe forhold til det, og har heller ikke tenkt særlig over det. Han har hørt at kroppen kan bli vant med antibiotika, og det finner han skremmende fordi: *«når man da trenger dem (antibiotika), om de da ikke har den rette medisinen, så kan det fort gå ille med mange».* Han forteller at han selv har et svakt immunforsvar, og om det ikke er antibiotika som fungerer for ham, så kan det gå ille. Derfor sier han nei til antibiotika om han ikke trenger dem, slik at han har dem til gode den dagen han virkelig trenger dem. Respondenten er også skremt over at det brukes så mye antibiotika i fiskeoppdrett: *«Har de egentlig kontroll, eller drar vi det med oss i alt vi spiser?»*

Han mener det er økonomiske interesser som ligger bak dette overforbruket: *«Det er mye bedre økonomisk å kjøpe antibiotika for 100 000 enn å miste for 2 millioner i fisk. Noen vil tjene penger på bekostning av resten av samfunnet. Folk går over lik for å tjene penger.»*

På spørsmål hvilke tanker respondent 2b har rundt antibiotika og resistens så svarer hun følgende: *«Når du sier antibiotikaresistens så kjenner jeg på frykten. Det appellerer til følelser. Så blir man såpass narsissistiske at man tenker “hva har det å si for meg”. Vi er jo så selvopptatte som mennesker. Om man ser et avisoppslag om dette, så kjenner man jo på frykten akkurat når man ser det, men så glemmer man det rett etterpå. Det kan angå meg, men det gjør ikke det akkurat nå.»*

Respondent 2c synes at *«det er utfordrende med stort forbruk og bredspektret antibiotikabehandling. Kjenner litt på at det er “den lettvinde løsningen”, spesielt på legekontor, hvor jeg har hatt enormt mange diskusjoner med foreldre om hvorvidt man gir antibiotika, og at de tenker at det er løsningen på all sykdom hos barn»* Videre forteller hun om en selvopplevd hendelse i hennes arbeid: *«En gang opplevde jeg at en kvinne hadde lest at hun hadde lest om forskning som viste at om man fikk antibiotika ved ørebetennelse, så kunne man minke sykdomsperioden med inntil 24 timer, og da var hennes konklusjon at det var det verdt.»* Selv er hun opptatt av å være “wait and see” med tanke på om antibiotika er nødvendig heller ikke.

5.2.1.3 Klima

Ifølge respondent 3b står vi ovenfor en kjemper Krise, og den er også varslet, som klimaendringene. Hun mener at det er enkelt å gjøre noe med det, men vi har ikke lyktes i å få et globalt tak på det. *«Min oppfatning er basert på ting jeg har hørt i media. Min personlige erfaring er at jeg har bodd i utlandet, og der kastes antibiotika etter deg.»* Videre sier hun at hun er klar over at det blir gjort tiltak for å begrense resistensutviklingen i landbruk og helsevesenet, men i praksis blir ikke nok gjort. *«Som med klimakrisen så er vi veldig gode på omstilling, men ofte er det for sent. Så får dette en veldig pris Jeg vet jeg egentlig burde være kjemperedd for utviklingen, og jeg vet også at jeg har tatt antibiotika når jeg ikke burde eller trengte, jeg ville bare bli ferdig med det (å være syk). Da lot jeg meg selv gå foran felleskapet.»* Respondent 3c tenker umiddelbart på medisin når han hører ordene antibiotika og antibiotikaresistens. Videre tenker han på bruken i oppdrettsnæring. Han føler at resistens ikke angår ham selv som person.

Respondent 3d synes antibiotikaresistens er veldig skremmende grunnet «*tanken på at den helsestandard som vi har nå, og det antibiotika muliggjør av medisinbehandling, at den effekten kan bli svekket og kanskje forvitret helt.*» Hun har også lest at det skjer positive ting på dette området, selv om det tar veldig lang tid: «*Jeg går ikke rundt og er panisk redd, men det er alvorlig.*» Hun opplever også at norsk medisin er nokså restriktiv, i sammenligning til andre land, og hun er derfor ikke så bekymret på hva som skjer.

Respondent 3e synes det er en skummel ting om man får banale sykdommer som man ikke kan få behandling for, som vi har vært vant med å få behandling for: «*Det er en sånn ting som jeg kjenner at jeg ikke har lyst å ha rundt meg.*»

5.2.2 Respondentenes tanker om sammenligningen mellom klimaendringene og antibiotikaresistens

De respondentene som ble spurt om hva de syntet om helseministerens sammenligning svarte at de synes at sammenligningen ga mening. Respondent 3b svarte at:

«Det er snakk om to varslede, svært dokumenterte kriser, som vi har feilet helt fullstendig i å forberede oss på. Hadde det ikke vært varslet, og hadde vi ikke vist, så kunne det unnskyldes. Men dette kan ikke unnskyldes. Folk kommer ikke til å virkelig forstå det uansett, selv om det er skrevet mye om det, før våre barn begynner å dø av et sår i hånda.»

Hun tror det er vanskeligere å holde på med klima, fordi man føler antibiotikaresistens på kroppen på en annen måte: «*Man har et nærere forhold, man vet hva sykdom er, man har vært syke selv, og har hatt familie og slektninger som har vært syke. Frykten for sykdom ligger jo nesten i genene våre.*» Samtidig ser hun likhetstrekk hva angår befolkningens opinionsdanning med tanke på utfordringene knyttet til både resistensutvikling og klimaendringer. Respondent 3d tenker at man har sett i gang noe man ikke har kontroll over: «*Et klima og et behandlingssystem i balanse er truet, og man vet ikke helt hva konsekvensene kan bli. Det er en stor del operasjoner som ikke lar seg gjøre. Det er alvorlig.*» Hun mener videre at det ikke er noe forskjell på å være engasjert for bevaringen av antibiotika og klima, da begge er store trusler og det er betydelig usikkerhet knyttet til begge deler. «*Det utgjør en fare, og det går både på det personlige og det allmenne planet.*»

Respondent 3e synes problematikken med antibiotikaresistens fremstår annerledes enn klimaendringene. Til forskjell fra sistnevnte, «*som er mer diffuse, globale risikoer, så er jo dette (antibiotikaresistens) en mer "rett i trynet" ting som kan hende meg.*» Videre synes han at det er hyggelig for klima at det blir brukt en slik metafor. «*Jeg vil tro at antibiotikaresistens har en mye større evne til å mobilisere folk enn klima, fordi det er så konkret, og fordi det er en helt reell trussel. Får du det, så dør du, eller du mister en arm.*» Samtidig mener han at antibiotikaproblemstillingen skiller seg fra klimaproblemstillingen, fordi det helt klart er myndighetenes ansvar å rydde opp i førstnevnte problemstilling.

I samtalene med respondent 3a og 3b ble det diskutert hvor langt inn i fremtiden man følte, og bør føle, ansvar for fremtidige generasjoner. Respondent 3a mente at dette ansvaret i utgangspunktet burde føles for alle kommende generasjoner, men begge var enige om at de følte et ansvar for deres egne barn og barnebarn, og respondent 3a mente også kanskje deres barnebarn igjen, altså fire generasjoner frem, og sier «*da er jeg borte og kan ikke tenke på det.*»

5.2.3 Respondentenes tanker om holdninger i befolkningen

5.2.3.1 Kosthold

Respondent 1a opplever at det er en oppfatning i befolkningen at den minste infeksjon skal behandles av antibiotika. Han tror ikke at folk generelt er opplyst om tilstanden og mulige konsekvenser: «*Unge i dag blåser av dette, de tar den antibiotika de får utdelt til de føler de er friske, så slutter de. Så sparer de den til neste gang. Noe av det viktigste er å få de unge til å innse viktigheten av antibiotika, og hvilke skader overforbruk fører med seg i naturen og miljøet.*» Med bakgrunn i dette tror han også at selektiv medisinerings med antibiotika vil bli sett på som negativt av befolkningen, men han tror også at økt kunnskap i befolkningen vil ha positiv effekt. Han opplever også at det er en tendens til at man er mer restriktive med å skrive ut antibiotika:

«*Jeg hørte at man ikke skal bruke antibiotika for å slå tilbake ørebetennelsen til barn, det synes jeg er hårreisende for jeg vet hvor vondt det gjør. Når det er sagt så var det sjelden at vi ble gitt antibiotika da jeg var ung, og vi overlevde jo det også. I dag er det et stort fokus på at barn ikke skal ha det vondt og ikke skal slå seg. Sånn sett så kan jo det få en motvilje i befolkningen om det går ut over barn på den måten.*»

Respondent 1b tror at det skal veldig mye til å ikke løse ut resepten om du har et sykt barn:

«Man har et enormt ansvar ovenfor våre barn. Når du sitter med en ettåring i armene som har bikket 40 i feber, og du er redd for at ungen skal dø, da er det ingenting som får meg til å tenke på naboen eller fremtiden. Om legen sier at det en antibiotikakur kanskje kan hjelpe, så tar man den med begge hender. Det er slikt vi er laget. Om man får informasjon om at det ikke er vits i, og at man ikke tar livet av barnet sitt ved å ikke gjøre det, og at det går over om noen dager, så vil man kunne si nei takk. Vi kaster all fornuft til side for å gjøre det beste for oss selv og våre barn.»

Hun trekker paralleller til det første store utbruddet av svineinfluensa, da myndighetene gikk ut med oppfordringer til folk som hun opplevde som konkrete og ganske alvorlige, og som endret folks atferd: «*Ikke gå på kino, ikke gå på konserter, unngå store folkemengder*». Det er jo rene terror-rådene. Folk blir livredde, dette gjelder meg, og ikke bare meg, men også mormor, og jenta mi på 4 år. Jeg kan ta livet av disse om jeg går på kino.» Hun kjente igjen de samme menneskelige mekanismene under ebolautbruddene i 2014-2015. Zika-viruset, til sammenligning, finner hun at blir altfor diffust, og er derfor på samme måte som med antibiotika. Hun mener at folk tenker at “det gjelder bare de som har vært der borte, jeg kjenner ingen der, og de jeg kjenner har ikke fått noe.” Hun mener at vi selv skaper en distanse til slike hendelser fordi vi vil ikke ha det vondt, så langt vi kan så velger vi å tenke at “dette gjelder ikke meg”. Respondenten mener videre at selv om det er 25000 som dør årlig av resistensrelaterte årsaker så er det altfor lite. Hun mener at folk tenker “Det er noen andre, sikkert noen alkoholikere, folk som allerede er så syke at de hadde dødd likevel. Så det angår ihvertfall ikke meg, jeg har ikke hørt om noen.” «*Og om det først skulle skjedd med gamle mormor, så blir det veldig forsvart oppe i hodet, tror jeg, med å si at “men hun var jo så gammel og syk, hun hadde jo vært så syk så lenge, så det var nok ikke det”*». Hun tenker at folk er eksperter til å ta til seg det de må og vil for å ha det bra. Hun mener at størstedelen av denne oppfatningen skyldes at myndighetene maler et bilde av at dette gjelder fremtiden. Hun mener at det må formidles, og dermed oppfattes som noe som er farlig nå, og det må være farlig for individet og dets nærmeste. Hun tror mange tenker at “Jeg bryr meg ikke om noe som skjer om ti år (...) Så hvorfor skal jeg være vondt i halsen når jeg ikke må?”, og at folk flest tenker at man har funnet opp noe annet som redder oss fra dette innen den tid.

Hun tror denne oppfatningen er et resultat av at folk har tiltro til at myndighetene ordner opp, kombinert med at det eksisterer en mistro til om det faktisk er så skadelig, og hun tror folk

begrunner det med at “alle har jo tatt antibiotika, og mange har tatt det mange ganger, å se så fint det har gått”. Hun mener videre at det er et problem at vi alle deler konsekvensene: *«Uansett hvor snille og empatiske vi er, så er vi en gjeng med egoister når det kommer til stykket. Vi tenker på oss selv, barna våre og foreldrene våre. Vi tar ikke inn over oss dette andre.»*

Respondent 1c tror at befolkningen er mer opplyste om farene rundt resistens nå, og hun velger å tro at det påvirker folks vilje til å bruke antibiotika.

5.2.3.2 Kreft

Respondent 2a tror at om man hadde sluttet å gi antibiotika for betennelser eller tilstander som kroppen klarer å helbrede selv så hadde det blitt ramaskrik i 3-6 mnd., før folk ville blitt vant med det. *«Folk ser at vi overlever likevel. Det var det samme med røykeloven, det var ramaskrik, folk var redde for konkurser i utelivsbransjen, men det er jo veldig mange som fortsatt er i drift.»*

Respondenten har aldri opplevd diskusjoner om temaet blant de andre frivillige i organisasjonen, og opplever at det generelt er lite fokus på problematikken, fordi folk ikke har noe forhold til det. Han tror videre at det er en positiv sammenheng mellom kunnskap og bruk, slik det er det på mange ting, men han tror også at folk ikke bryr seg nevneverdig: *«De er glade om de får de medisinene de trenger, så er de ferdig med det.»* Respondent 2c opplever at *«det er et trykk fra pasienter for å få antibiotika. Kjenner også til at folk handler antibiotika i utlandet.»* På spørsmål om hva hun tenker om dette svarer hun: *«Jeg kjenner at jeg da blir sint og frustrert, mangelen på kunnskap og forståelse blir veldig egoistisk. Den gangen vi virkelig har bruk for det så har vi brukt det en masse»* På spørsmål om hva hun tror er bakgrunnen for slike vurderinger svarer hun:

«Det er en nok kombinasjon av at de ikke er klar over konsekvensene og at det ikke er kjekt å være syk. Så om man kan begrense sykdomsperioden så er man nok villig til å gjøre det. Så er det også mangel på kunnskap, både hva det gjør, hvilke lidelser man bør få antibiotika for, men også hva det på sikt gjør med kroppen og utvikling av resistens. Også på individuelt nivå er det mange bivirkninger ved å bruke mye antibiotika. Noen tenker at det alltid er verdt å prøve en antibiotikakur, i tilfellet det fungerer. Jeg synes at det er utfordrende med den ukritiske bruken, man må være med å ta litt ansvar. Men i den grad man har forutsetninger til å forstå det(...), det er en ting når man er helsepersonell, som har en annen forutsetning til å forstå hva som skjer hvis antibiotika ikke fungerer lenger.»

Men så er nok holdningen til folk som røyker og andre ting at “det skjer ikke meg”, så de tenker gjerne at det ikke skader dem her og nå. Det er vanskelig på grunn av uklare formidlinger av budskapet og manglende kunnskap som gjør at man ikke forstår konsekvensene i det store bildet, og det er jo egentlig det samme som går igjen i klimaendringer. Det er vanskelig å forstå hvorfor det ikke lenger skal være et alternativ.»

Om det skulle iverksettes restriktiv og selektiv behandling med antibiotika så tror respondenten at det ville det ført til mye skriverier og debatter: *«Det går på frykt for noen, og ikke minst misforståelser. Befolkningen må ha en forståelse for at betennelser ofte går over, om enn med litt lengre syketid. Det blir jo alltid diskusjoner når noe innenfor helse og behandling endres på.»* Hun tror videre at jo mer kunnskap folk har, jo mer restriktiv bruk, ihvertfall om man er klar over hvilke konsekvenser overforbruk kan få. Likevel tror hun at det i dag er større krav fra befolkningen om effektiv behandling enn det kanskje var før: *«Mange googler informasjon om symptomer, og kommer til legen med ferdig diagnose.»*

5.2.3.4 Klima

Respondent 3a tror at karakteristikker ved resistensproblemet fører til ansvarsfraskrivelse blant folk: *«Hvis det hadde vært veldig store konsekvenser som man hadde sett nå så hadde det vært en fordel, men siden det ikke er det så er det en ulempe.»* Hun opplever at i det vestlige levesettet er det om å gjøre å nyte, og at folk gjør mest for seg selv og ikke tenker så mye på morgendagen. Hun trekker frem penger som en viktig årsak til at det er slik. *«Jeg tenker vi graver vår egen grav på veldig mange måter.»* Respondent 3b tror ikke at vår solidaritet med andre er så stor: *«En million eller milliard til eller fra, det har jo vist seg gang etter gang, hva kan vi gjøre med det? (...) poenget er at vi har aldri visst så mye, og aldri hatt så mye faktakunnskaper, og aldri hatt så gode forutsetninger for å gjøre noe med det.»* Videre sier hun at hun *«(...) har ikke noe problem i å innrømme at også jeg har bedt om antibiotika, selv om jeg kanskje fremstår som inkonsekvent, men det er jo nettopp det som er problemet.»* Om det skulle iverksettes mer restriktiv og selektiv behandling med antibiotika så tror hun at det ville blitt ramaskrik, og at folk ville saksøkt. *«Det gjelder å ta små skitt, små forandringer, større forandringer på sikt, men det tar jo fryktelig lang tid. Og det er jo det som er problemet, man har ikke den tiden. Kanskje enda mindre i antibiotikaproblematikken enn i klimasaken.»* Respondent 3d mener at antibiotikaresistens er en alvorlig utfordring når man vet at man ikke skal misbruke antibiotika, men allikevel så skjer det, *«fordi det oppleves behagelig der og da.»*

Hun forstår at det skjer, fordi hun selv har hatt barn, og var glad når de fikk antibiotika, selv om lidelsene nok hadde gått over av seg selv.

5.2.4 Respondentenes tanker om medias effekt på folks bevissthet

5.2.4.1 Kosthold

Respondent 1a blir selv skremt av oppslag om antibiotika i mediene. «*Det skremmer meg hvor mye uvett som finnes, når man ser den ukritiske bruken, og hva det fører til. Det er kun snakk om penger, og det er fortjeneste på alt. Det går utover natur som ødelegges, og vi mister muligheten til å behandle sykdommer som i utgangspunktet er ufarlige.*» Likevel tror han ikke at folk generelt bryr seg nevneverdig om slike oppslag, og at de tenker “det hender ikke meg”.

Respondenten tror derfor at å få nærhet til en skjebne gjennom medier skaper reaksjoner i befolkningen. Å bringe frem ting og sette fokus på det er en viktig vekker for befolkningen.

Respondent 1b tror folk blir redde av medieoppslag om en fremtid uten virkningsfull antibiotika, og at det er meningen med slike oppslag. Hun tror likevel at man blir redd på feil måte:

«*Tabloidoverskriftene gir et blaff av frykt*». På spørsmål om hun tror at gjentatte slike oppslag gir en opplærende effekt, eller om vil folk til slutt vil ignorere oppslagene, så trekker hun paralleller til offentlige anti-røykekampanjer:

«Aldri har det vært mer opplysninger om hvor skadelig det er, men folk røyker likevel. Det er litt det samme med antibiotika, du kan gi så mye informasjon du bare vil, men om folk ikke tar det innover seg og tenker at “dette gjelder også meg, ikke bare andre”, så er det mange som ikke vil ta valg ut ifra det.»

Respondent 1d påpeker at kyllingsalget stupte i Norge når det kom frem saker om antibiotikabruk i kyllingsalg. Hun mener at media gjorde en god jobb med å formidle denne informasjonen, man at de ble hjulpet av at det var en sak som solgte. Effekten av medias rolle var at man nå får man kjøpt kylling med mye mindre antibiotika: Hun mener at det ikke er tvil om tvil om at dette er en effekt av at de riktige menneskene i media bestemte seg for å kjøre disse sakene. Hun mener videre at det ikke er tvil om at media spiller en viktig rolle i å engasjere befolkningen. Respondent 1e har ikke sett noen artikler om antibiotika eller resistens i media.

5.2.4.2 Kreft

Respondent 2a kommer ikke på noen spesifikke artikler i medier som han har sett, og sier at «*om folk er like meg, så bryr de seg ikke, det angår ikke meg*». Han synes likevel at det er greit om det publiseres skremmende artikler om emnet: «*Det er viktig, det får opp folks øyne.*» Respondent 2b sier at «*Det er jo ikke en krise, men det kan bli en kjempekrise. Så hvordan medieformidler man en potensiell krise når man skal kjempe (om oppmerksomhet) i så få minutter. Det er en vanskelig sak å markedsføre.*» Om folks evne til å ta inn over seg informasjon om emnet så sier hun:

«Vi har en nyhetsstrøm bestående av sosiale, kulturelle, verdens-, og krisenyheter. Man er nødt til å ha et filter. Hvis alt av frykt skal sette seg, og man skal ta alt ufiltrert til seg, så vil man ikke klare å fungere. Helt generelt så tror jeg at de aller fleste av oss hører ting, vi kan godt ta ting til etterretning, noen ting påvirker oss mer enn andre ting, men så må vi kunne filtrere ting ut uten at vi skal gå rundt og tynges av alt vi hører og alle frykter og alle muligheter. Da hadde det vært forferdelig vanskelig å puste. Frykten kjenner vi på akkurat der og da, og så er man ferdig med det. Tenk alt vi kan bekymre oss for! Listen er uendelig.»

Hun tror ikke mediedekning av antibiotika og resistens gjør at folk tenker seg om neste gang de går til legen: «*Sier legen at man skal ha antibiotika, så sier man ja. Det er et problem der fremme, ute et sted. Jeg tror absolutt ikke at menigmann tenker at “dette angår meg” når han er hos legen. Det blir som allmenningens tragedie, fordi “det handler ikke om meg! Hallo, det er min hørsel eller min fot!”*» Hun tror det er de menneskelige historiene om at “denne lot seg ikke redde” som gjør at man kjenner frykten, om enn kun i et kort øyeblikk. «*Det er det vi også ser i (organisasjonen), det er de personlige historiene vi må ut med, hvordan vi utgjør en forskjell. Uansett helsesak, om det er antibiotika eller kreftsak, med en gang man klarer å knytte et ansikt og en personlig tragedie til en sak, så appellerer det. Det handler om følelser, og kommunikasjon til følelser.*» Respondent 2c mener at befolkningens oppfatning styres av hvordan det blir fremstilt i media. «*Noen blir påvirket av slike saker, noen blir ikke. Så tenker man jo “hva kan man gjøre selv?”*»

5.2.4.3 Klima

Respondent 3a har selv sett artikler og nyhetsinnslag om antibiotikaresistens, og synes at det er skummelt. Likevel tenker hun at Norge har en relativt grei antibiotikabruk og et greit forhold til det, men at det er fryktelig mange plasser i verden hvor det er fri flyt.

Hun tror videre at informasjon i media påvirker folks bruk, og at folk tenker seg om en ekstra gang før de bruker antibiotika. Hun mener også at jo nærmere ting kommer, jo skumlere er der det, og bruker terroren i Beirut og Paris som eksempel: *«Det er ikke sånn at fordi det skjer der (borte) nå, så klarer vi oss her oppe.»* Respondent 3a har selv fått med seg innslag om antibiotikaresistens i media: *«Det som fikk meg til å forstå hvor ille situasjonen er hørte jeg på radioen. De snakket om at det var mulig å løse problemet, men at det var for lite samhandling internasjonalt. Tror det ble nevnt at folk, selskap og land bare lot det hele flyte, sikkert med gode begrunnelser.»* Om medias søkelys på narasin i kylling sier hun:

«Jeg tror antibiotikaproblematikken er enklere (enn klima), tross alt, fordi alle er opptatt av hva man spiser. Det, parett med bildet av industrielt matbruk, er veldig effektivt. Mat i kombinasjon med problemer som er vanskelige å forklare er veldig virkningsfullt, om det blir fremmet på en intelligent måte. Det er mye mer håndgripelig og konkret enn klimaendringene noen gang kan bli. Det er mye sunnhets- og helse-bevissthet, og akkurat på det feltet, merkelig nok, så slår det til. (...) Kyllingen kan vi la være å spise, men man kan ikke la være å leve med seg selv. Man er i sitt eget skall, kyllingen ligger der (i butikken), det er bare å gå forbi.»

På spørsmål om hun tror at befolkningen er opptatt av problemene rundt resistensutvikling, så svarer hun at hun tror det er så mye som er så fælt som skjer at folk vil nok samle seg om det som er trygt, gjenkjennelig og lystbetont. *«Det er dypt menneskelig. Mitt poeng er at man kan skape oppmerksomhet om de alvorlige tingene ved å gjøre det på en intelligent, morsom og snerten måte.»* Respondent 3c påpeker at det er en krise på fremsiden av VG nesten hver eneste dag, og for ham så fremstår utfordringene med resistensutvikling som en storm i vannglass, og han sitter igjen med en tanke om at politikerne sikkert har kontroll Respondent 3d husker å ha sett artikler i BBC som omhandlet en ny lovende type antibiotika, men at det måtte et stort antall tester til før det kunne settes i bruk. *«Samtidig hører man at det ikke er noe nytt på gang. Da vet man jo ikke helt. Men det vil være rart om det ikke jobbes med.»* Om hvordan folk oppfatter alvorlighetsgrad knyttet til resistensutvikling gjennom media så sier hun at hun tror det bekymrer dem som følger med. *«Så er det nok litt sånn at man tenker at “de fikser dette og”. Så tror jeg at det er mange som bare blar videre. Tror ikke det påvirker noe særlig i folks bruk av antibiotika. Igjen mener jeg at legene og helsevesenet har et kjempeansvar. Vi er litt sånn at når vi blir foret med skrekpropaganda, så tenker man at “det er de andre, ikke jeg”»*

Respondent 3e har ikke selv fått med seg så mange artikler i aviser og andre medier om antibiotika, men han er helt sikker på at folk blir redde av slike artikler. Han oppfatter det derimot ikke som viktig, i hans øyne:

«Jeg tenker at det ikke er opp til dem om de skal få antibiotika eller ikke. Det kan godt være en opinion i samfunnet, at det blir mindre ramaskrik, at folk aksepterer en innstramming. Men her er det faktisk helsemyndighetene som må ta grep. Og det må sive ned til førstelinjen, slik at fastlegene, veterinærene og andre er mer restriktive. Så får man finne andre løsninger, og ikke bare presse på produksjon og effektivitet, og så medisinerere for å komme seg ut av de problemene som oppstår.»

Om narasin-saken så sier han at en del aviser skrev om dette, så gikk kyllingsalget markant ned i en periode, men «*nå har jo folk glemt det, så nå er vel kyllingsalget tilbake der vi var*».

5.2.5 Menneskelige og samfunnsmessige forhold

5.2.5.1 Kosthold

Respondent 1a forklarer: «*Si at ungen din blir syk, du må være hjemme fra jobb, men du er nødt til å gå på jobb. Om ungen ikke får antibiotika så vil ungen din være syk lenger, altså vil det medføre tap av penger. Det er på det nivået det ligger. Jeg vil si at økonomien styrer alt for mye, og i dag er det jo et press som ikke ligner grisen. Det er press fra jobb og press fra samfunnet.*»

Han mener at antibiotikaresistensen blant annet drives fremover av økonomiske interesser, og viser til FrPs lokallag i Oslo som forsøkte å få tilbake ordningen med karensdagene. På samme måte tror respondent 1b at overforbruk og misbruk forårsakes av det tempoet som forventes i samfunnet, både av foreldre og barn. Foreldre som har syke barn må vær borte fra jobb, og hun mener det er et stort problem: «*Du må få ungene fort friske for å kunne plassere de i barnehage, for å kunne plassere de på skolen igjen, slik at foreldrene kan dra ut og jobbe.*» I tillegg påpeker hun utfordringene knyttet til eget sykefravær fra jobb, og det påfølgende tidspresset som kan følge med fravær. Hun tror også at det har med å gjøre at folk har vanskelig for å akseptere at de skal ha det vondt, være syke, eller måtte ligge i ro i 4 dager og la kroppen ta jobben selv: «*De vil ha en quick-fix*».

Hun opplever at den største motivasjonen for folk til å ta antibiotika er å bli raskest mulig frisk:

«Jeg tror nødvendigvis ikke at de blir raskere friske, men folk tror det, jevnt over. Så lenge du har et immunforsvar så vil du bli frisk, så sant det ikke er disse ekstreme tilfellene. At man får antibiotika for øreverk, eller smerter i halsen, det er helt vanvittig. Jeg tror de fleste tenker at det ikke er bra at det brukes for mye antibiotika, men så tenker de “men jeg trenger det jo, fordi jeg har jo vondt i halsen, jeg er ikke en av dem som kan velge dette bort”. De ser ikke seg selv som brikker i det store spillet.»

Basert på dette tror hun heller ikke at det eksisterer en reell motivasjon i befolkningen for å unngå å ta antibiotika: «*Jeg tror ikke folk flest vet hvor skadelig det er for helsen, og hvor mye det kan ødelegge i så mange år.*» Også respondentene 1c, 1d og 1e tror at folk tar antibiotika for å bli kvitt smerter og bli raskest mulig frisk, men respondent 1c tror også at folk er mer opplyste i dag og litt mer skeptiske: «*vi leser om og hører om det (antibiotikaresistens)*». Hun mener at hver enkelt person må prøve å bli litt mer bevisste, så kan det jo være at om mange vil at helsemyndighetene skal ta tak i det, så hjelper det kanskje. Hun tror også at vi nok må bli bedre til å si nei til allslags medisin. Respondent 1d tror at mange tenker at det er så greit å ta antibiotika, to-tre dager, så er man kvitt sykdommen og så slipper man å tenke mer på det. Hun tror også at «*(...) vi mennesker er eksperter til å lukke øynene for ting så lenge vi ikke trenger å forholde oss til det akkurat nå.*» Videre påpeker hun at antibiotika har hatt en enormt positiv effekt på samfunnet: «*Sjansen for å bli frisk for sykdom er jo mye større nå enn det var før.*» Men likevel mener hun at det er så mange mekanismer i samfunnet som gjør at vi overser åpenbare ting, som for eksempel utviklingen av antibiotikaresistens. Respondent 1e tror at folk vil ha enkle og kjappe løsninger, og ikke tenker på følgene. Hun tror ikke folk tenker at det er egoistisk, sett i et allment perspektiv. Likevel er hun usikker på om dette er for å komme seg raskt tilbake i jobb, fordi «*(...) arbeidsmoralen varierer jo blant folk.*»

5.2.5.2 Kreft

Også respondent 2c mener at folk ønsker å bruke antibiotika for å begrense sykdomsperioden, fordi ingen ønsker å være syke lenger enn de må, og dem med barn skal tilbake til jobb. Hun opplever at det er en holdningsutvikling i samfunnet hvor man mener at “vi har jo noe som hjelper mot det meste, så hvorfor ikke bruke det?” Hun påpeker også at vi lever annerledes nå enn før.

Med to foreldre i arbeid så må det koordineres, og det passer jo aldri å være hjemme med sykt barn. Måten samfunnet er organisert på gjør befolkningen mer tilbøyelig for behandling. Derfor opplever hun at noen pasienter kommer inn med et krav om å få behandling.

Hun mener at en god faglig begrunnelse på hvorfor man ikke ønsker å starte en antibiotikakur bør og kan være nok til at folk forstår og aksepterer at man ikke får en antibiotikakur.

5.2.5.3 Klima

Alle respondentene mener at folk ønsker antibiotikabehandling for å raskest mulig bli friske for å kunne fortsette hverdagen. Respondent 3a mener at våre omgivelser forventer effektivitet av oss. Respondent 3b er ikke sikker på om det nødvendigvis er samfunnsmessige årsaker (Les: *«arbeidsgiver, kapitalen og stormaskineriet»*) som motiverer folk til å ta antibiotika, men hun mener at holdningene gjenspeiles i forbrukersamfunnet. Hun tror folk tenker “jeg fortjener det, dette er en tjeneste og jeg kommer her og betaler for en service”. Hun tror likevel at det er mye godt og fornuftig i folk, men det er det når man har det vondt, og ihvertfall når ens barn har det vondt, så er det ingenting man heller vil enn å ta bort smerten. *«Da er man villig til å gå langt, og da tenker man ikke nødvendigvis på det store bildet. Du skulle ihvertfall fått problemet forklart på en skikkelig måte, og du blitt garantert den beste (alternative) behandlingen, så lenge den kan lide litt til, for det store bildet.»*

Hun tror kanskje også at problematikken blir for kompleks for folk til å forstå: *«Vi klarer kun å ta inn såpass mye, og forholde oss til så og så mye elendighet og problematisering»*. Videre tror hun at smerteterskelen vår har blitt lavere og lavere: *«Det var mye verre å være mennesket før. Det er jo bra at vi har fått det så bra som vi har. Vi har det veldig godt, og er nok ikke så herdet lenger. Når du først har fått det godt, så ligger det ganske dypt i det menneskelige i oss å ønske å bevare det slik.»* Respondent 3c gir uttrykk for at det er irrelevant hvilke menneskelige og samfunnsmessige forhold som spiller inn: *«Det er fagfolk som må ta en vurdering om hvor mye vi kan bruke.»*

Respondent 3d trekker frem effektiviteten og tempoet i hverdagen, at man ikke vil møte noen hindringer, at man vil reise på ferie når man vil, og at man vil gå på den festen, som faktorer som kan ligge bak at folk ønsker å benytte antibiotika for å bli raskest mulig friske:

«Det er slik samfunnet vårt er, og det preger oss mer eller mindre alle sammen. (...) Om det finnes noe som kan gjøre en frisk, så vil man ha det. Om en lege hadde sagt at det er ønskelig at jeg ikke tar antibiotika fordi jeg vil bli frisk igjen uansett, og det ikke var noe spesielt som skulle skje (bryllup eller lignende), så hadde jeg ikke tatt det. Men det har ingen lege noen gang sagt til meg».

Respondent 3e mener at arbeidslivet krever at man er på jobb. Han mener også at folk er blitt veldig mye mer sykelige. «*Vi tåler mye mindre plager.*» Han tror videre at når det gjelder unger, så er det veldig lett for at man går til legen for å mase til seg en kur: «*Man vil jo det beste for ungene.*» Han mener derfor at det må være opp til de som skriver ut resepter til å skrue igjen kranen og at det er veldig vanskelig for enkeltpersoner å styre dette.

5.2.6 Respondentenes tanker om befolkningens rolle i arbeidet med å redusere resistens

5.2.6.1 Kosthold

Respondent 1a mener at ansvaret for å snu den negative trenden ligger hos både myndighetene og befolkningen. «*Politikerne klarer det ikke alene, uansett hvor idealistiske de er, de må ha folket med seg.*» Han mener at det handler om å klare å formidle det på en måte som gjør at folk skjønner at det er nødvendig å minke resistensen. Han tror det må til en massiv opplysningskampanje til ovenfor befolkningen, og at politikerne må ta det på alvor, og slutte å ha et egosentrisk perspektiv som begrenser seg til en 4års-periode. «*Men skaden er allerede så stor i dag, så jeg tror det vil være store vanskeligheter med å få med folk i arbeidet med å endre det.*» Også respondent 1b tror at det kreves innsats fra både myndighetene og befolkningen for å bevare antibiotika. Hun tror myndighetene må distribuere saklig informasjon om utfordringen, også om hva antibiotika gjør med kroppen. Denne informasjonen må ta utgangspunkt i her og nå: «*Om du tar antibiotika nå, så vil dette skje i kroppen din, og dette vil skje med dine nærmeste, og i fremtiden.*» Hun tror at man som enkeltperson kan engasjere seg for antibiotika gjennom å få ut informasjon til så mange som mulig, fortelle hva det er, hvorfor man har brukt det, og hvorfor man ikke bør bruke det lenger.

Hun opplever at nordmenn har veldig respekt for hva myndighetene sier, men også at staten beveger seg veldig seint, selv om man har alle bevis for at noe er galt. Hun mener også at myndighetene er åpne for press fra befolkningen, og om det blir nok fokus på noe, rundt middagsbordet, på arbeidsplassene, så vil det legge et enormt press på myndighetene til å komme frem til en løsning. Respondent 1c mener at engasjement i befolkningen kan komme til uttrykk gjennom avisinnlegg, diskusjoner i venneflokket og familien, delta i foredrag, slik at flere og flere blir bevisste i sammen. Respondent 1d tror at hovedtrykket må komme fra myndighetene. *«Forbrukere har stor makt i valg i butikken, men som pasient har man ikke samme valget. Det må være en symbiose med myndigheter og medier.»*

Hun mener videre at det er en ting om folk er klar over problematikken, men er usikker på om informasjonskampanjer fører til at befolkningen kan gjøre noe *«(...) hvis det likevel er myndighetene som styrer hva som blir brukt på sykehus. Fastlegene pusher nok endel antibiotika, kontroll på dette må komme fra myndighetene. Det er ikke mange som kommer som bevisste forbrukere til legen sin, man hører på legen sin. Greit at jeg sitter med bevisstheten om problematikken, men igjen, folk kan ikke velge hvilken antibiotika man skal bruke.»* Også respondent 1e mener at ansvaret for å håndtere resistensproblematikken ligger hos myndighetene. Hun mener også at det kan bli en holdningsendring i befolkningen, men det tar tid. Likevel mener hun at befolkningens spillerom for engasjement begrenser seg til å ta minst mulig antibiotika.

5.2.6.2 Kreft

Respondent 2a mener at det er for få folk som er interesserte i temaet til å drive en folkebevegelse, og de få som er engasjerte får ikke nok innspill blant resten av befolkningen: Han tror også derfor at myndighetene må begynne med en holdningskampanje for å vekke opp folk. Respondent 2b spør seg:

«Men hvordan engasjerer man seg i en slik sak? Betyr det at man bare skal si «nei takk» til antibiotika? Trenger menigmann å ha en oppfatning av noe som ikke er en krise? Her kommer de profesjonelle inn, departementer og direktoratet med sine hærtropper. Så må vi bare stole på at de setter i verk tiltaksplaner, og at det er en erkjennelse av at her har vi en potensiell kjempeutfordring som vil true vår helsesikkerhet som nasjon. (...) Jeg som innbygger må ha tiltro til at dette håndteres av nasjonale helsemyndigheter uten at jeg skal bruke masse energi i det daglige på å være redd for noe som kanskje ikke blir et kjempeproblem for meg og min familie. (...) Om min fastlege sier til meg: “du må ta denne antibiotikakuren”, så gjør jeg jo det. (...) Pasientene har ikke forutsetning for å bedømme om man skal ta antibiotika eller ikke. (...)

Det blir nesten patetisk om man skal si at man ikke vil ha en antibiotikakur fordi det kan hende det kan bli en krise i forhold til resistens om 50 år. Derfor tenker jeg at nasjonale strategier må kicke inn.»

Respondent 2c mener at det må være en kombinasjon mellom engasjement i befolkningen og engasjement på det politiske nivået. Hun tror at et slikt engasjement kan komme til uttrykk som en fanesak, gjennom fokus og debatter hvor det blir forklart for og imot. Ved å vise til forskning som gir en forståelse av hva som er i ferd med å skje. Alt engasjement gjør at ting blir synliggjort, og at man gjør seg opp en mening om hva man tenker selv at man kan gjøre med saken. Hun mener videre at holdningsskapende arbeid også er viktig.

5.2.6.3 Klima

Respondent 3a mener at en kritisk hendelse må til for å skape det nødvendige engasjementet: *«Det må til noe helt drastisk, noe som setter en skikkelig støkk i folk, i helsevesenet og hele pakken. Informasjon fra myndighetene vil være med å påvirke, men folk våkner ikke før det er en kritisk hendelse.»* Også hun påpeker at det er vanskelig å se for seg hvordan et engasjement i befolkningen kan komme til uttrykk: *«Vet ikke helt hvordan man skulle frontet bevaringen av antibiotika. Ser ikke for meg å gå rundt til alle som bruker antibiotika og sagt til alle at det er feil. Når det er sagt så er jeg jo opptatt av antibiotikaresistensen, og hvilke konsekvenser det kan få for oss.»*

Respondent 3b mener at det er nødvendig med politiske vedtak, tiltak rettet mot befolkningen, og en erkjennelse av resistensens potensielle konsekvenser i befolkningen. *«Man behøver en kombinasjon pekefinger, skrekkehistorier og formidling av skikkelig velfundert kunnskap. Så vil jo forhåpentligvis lyset trenge ned og inn i folk, med en forståelse av at det er ikke så smart å holde på som man gjør.»* Videre påpeker hun at det som kjennetegner Norge, og som gjør at hun tror at man kan få gjennomslag for mindre populær politikk her til lands, er den store graden av tillit mellom dem som styrer og dem som blir styrt, og tillit mellom de ulike institusjonene, og mellom institusjonene og borgerne. Hun mener at det er en kapital som er hele forutsetningen for at Norge kan fungerer som det fungerer, og at den tilliten kunne vært forvaltet enda bedre dersom man virkelig mente at antibiotika, og klimaendringene, var reelle størrelser og problematikker.

Respondent 3c mener også at det må politiske vedtak til for å bevare antibiotika. Han mener videre at det er lettere å skape engasjement i befolkningen hvis man kan ta et aktivt valg, det er derfor engasjementet rundt forbruket av palmeolje har vært en suksess. *«Hvis du kunne gått til legen og fått to valg (antibiotika eller et annet medikament med tilsvarende effekt) så hadde det vært enklere. Tematikken blir litt abstrakt, vanskelig å se for seg hvordan man skal klare å engasjere.»* Også respondent 3d mener at det må til både politiske vedtak, kampanjer mot befolkningen og erkjennelse i befolkningen. *«Man kommer ingen vei uten politiske vedtak, men det er lettere om man har en erkjennelse i befolkningen av alvorlighetsgraden.»* Hun mener at siden problematikken med antibiotikaresistens rammer bredt, burde det skape engasjement i befolkningen: *«men om det gjør det, det er jeg ikke så sikker på. Jeg opplever jo ikke at det er noe sterkt engasjement, hverken for det ene eller det andre. Det er påfallende lite det blir snakket om. I privatlivet så står ikke oppmerksomhetsnivået i forhold til det jeg mener er trusselen.»* Om respondenten skulle utvise et engasjement for bevaringen av antibiotika, så ville hun snakke om det i nærmiljøet, blant kjære og kjente, leserbrev, samt vært med i organisasjoner.

Respondent 3e mener at det bør gå så langt at man bør være skikkelig syk før man får antibiotika, *«og det må ikke være opp til meg å avgjøre, det må være helsepersonell.»* Han mener at systemet bør tilrettelegges slik at man ikke tillater folk går på jobb med feber, og at kostnaden ved dette fordeles ut i samfunnet slik at man kan være borte til man er frisk. *«Det er prisen man må betale, for om vi skal sitte og knaske antibiotika for alt så graver vi vår egen grav, på lang sikt.»* Om effekten av informasjonskampanjer så sier han *«Hva er det de ønsker å informere om? Det må jo være å legitimere upopulære tiltak. Folk må finne seg i dette. Men det er nok lettere når kunnskapen er der.»*

6. Drøfting

6.1 Innledning

Dette kapitlet er viet til diskusjon av de empiriske funn, knyttet opp mot de teoretiske perspektiver som er valgt. På samme måte som i empirifremstillingen så skiller jeg også dette kapitlet i to hoveddeler hvor den første delen er viet til forskningsspørsmål 1, som lyder som følger: “Hvilke faktorer fører til engasjement i helse relaterte saker?”. Den andre delen vil så ta for seg forskningsspørsmål 2, som er utformet slik: “Hva kjennetegner problemet med antibiotikaresistens?” Hver av delene avsluttes med en oppsummering og besvarelse av de respektive forskningsspørsmål. Den videre utformingen av de to hoveddelene bygger på forholdene som inngår i modellen til William Riker og Peter Ordeshook (1968). Intensjonen er å kunne si noe om hvilke faktorer som påvirker folks vurdering av disse forholdene, og vurdere om forholdene har en høy eller lav verdi i forhold til hverandre. Den avsluttende delen av kapitlet er viet til sammenstillingen av funn i forskningsspørsmålene, hvor disse blir sett opp mot hverandre og videre drøftet for å kunne gi svar på oppgavens problemstilling, som er: “Hva hemmer og fremmer folks engasjement rundt antibiotikaresistens?”

6.2 Faktorer som fører til engasjement i helse relaterte saker

6.2.1 Probability

Som vi så i teorikapitlet så dreier “Probability” seg om opplevd sannsynlighet for at ens individuelle handlinger vil være av betydning (Riker og Ordeshook, 1968). Flere respondenter innen både kosthold, kreftarbeid og klima viser til mulighetene til å påvirke forhold som angår en selv som person, personer i nære relasjoner eller omgivelser som en viktig del av deres engasjement. I vurderingen av muligheten for å utgjøre en forskjell er det altså likhetstrekk mellom de gjeldende motivasjonsfaktorene og hvilken sfære man tar utgangspunkt i. Interessant nok er dette også utgangspunktet for flere av klimarespondentene. Respondent 3a tenker at motivasjonen bak hennes engasjement primært ligger i muligheten til å påvirke personlige og lokale klima- og miljøtiltak. Tilsvarende sier respondent 3e at: «*Gjennom praksisen min så ønsker jeg å påvirke andre.*»

Med andre ord så har respondenten selv avgrenset et område han ønsker å jobbe innenfor, fordi han, som han selv sier, innser at betydningen av hans individuelle innsats for å motvirke de globale klimaendringene er forsvinnende liten.

På spørsmål om hva som kan hindre engasjement svarer respondent 2b: *«Følelse av avmakt. Om det man sier, eller meningene dine, eller engasjementet ditt ikke kan være med på å utgjøre en forskjell, så tror jeg at det kan påvirke engasjementet i negativ favør.»* For respondentene som er engasjerte i kosthold ser vi at de fleste har en innfallsvinkel hvor kontroll over egen vekt og kosthold er i fokus. Denne tilnærmingen fører til at man i høy grad har en oppfatning av at ens individuelle handlinger er av betydning, fordi det definerte fokusområdet er individet selv. I tillegg til å være opptatt av kontroll over egen vekt og kosthold, så har de fleste respondentene fra Kostreform også et ønske om å oppnå en endring i myndighetenes kostholdsråd. Dette til tross for at de opplever at deres individuelle bidrag er små, og at politiske endringer tar lang tid. Likevel oppleves det at engasjement fra medlemmene i organisasjonen har gitt resultater ved at myndighetene har oppdatert kostholdsråd som tidligere ble sett på som feil, og gått tilbake på forbudet mot privat import av vitamintilskudd. Med andre ord har de en oppfatning av at det nytter å engasjere seg, selv om man som enkeltindivid bare utgjør en liten del av en større bevegelse.

Respondent 2a ønsker å utgjøre en forskjell i det lokale kreftmiljøet, hvor han vet og kan observere at hans engasjement utgjør en forskjell. Respondent 2b trekker frem at alle involverte må føle eierskap til mål, prosess og strategi for at man skal ha grunnlag for engasjement. Dette viser viktigheten av å oppfatte at ens individuelle bidrag er av betydning. I hvilken grad man føler man kan bidra med å utgjøre en forskjell avhenger i utgangspunktet av størrelse og omfang av saken man er opptatt av. Likevel ser vi i eksemplene over at respondentene definerer og avgrenser fokusområdene til størrelser hvor de selv kan utøve innflytelse. Faktoren P i modellen til William Riker og Peter Ordeshook får dermed en høy verdi hos respondentene i denne oppgaven. Dette ville ikke vært mulig om fokusområdet var av en natur hvor en ikke kunne definere og avgrense området slik at man selv kan utgjøre en forskjell.

Som tidligere nevnt så er det interessant at dette også gjelder respondentene som er engasjerte i klima, som man i utgangspunktet vurderer som en global utfordring. Maksimen om å “tenke globalt - handle lokalt” synes her å gjøre seg gjeldende.

6.2.2 Benefit

I teoridelen så vi at indre og ytre motivasjonsfaktorer, sammen med følelser, er forutsetninger for å kunne fatte en rasjonell slutning om hvorvidt en hendelse eller tilstand vil utgjøre en fordel i forhold til en foruteksisterende tilstand. En fellesnevner blant det store flertallet av respondentene er at utgangspunktet for deres engasjement finnes i hendelser, tilstander eller situasjoner som involverer dem selv, noen i nære relasjoner, eller noe i nære omgivelser. Respondentene som var engasjerte i kosthold hadde alle enten opplevd sykdom hos seg selv og/eller hos personer i nære relasjoner, eller var opptatt av kontroll over egen vekt og helse, altså både indre og ytre motivasjonsfaktorer. Også respondent 2b mener at det for veldig mange omhandler personlige erfaringer og at det særlig for kreftrammede også gjør seg gjeldende en følelse av frykt. Hun mener at engasjement i helsespørsmål generelt forutsetter at man føler at det angår en selv på ett eller annet nivå.

Den overnevnte fellesnevneren ble også funnet blant respondentene som var engasjerte i klima. Utgangspunktet var her observasjoner i eget nærmiljø og omgivelser, men også påvirkning fra personer i nære relasjoner. Respondent 3b og 3d mente at stolthet og eierskap er viktige inngangsverdier for engasjement i klima og miljø. kombinert med ytre motivasjon i form av politisk formidling av relevante problemstillinger. Respondent 3d mente at folk måtte føle på en usikkerhet og trussel for å bli engasjert i klima, men hun trodde videre at det ikke var så mange som gjorde det. Av respondentene innen kreftrelatert arbeid så var også utgangspunktet for engasjementet til respondent 2a at han opplevde å selv ble rammet av kreft. Med bakgrunn i at han ikke hadde noe særlig forhold til kreft eller kreftrelatert arbeid før han selv ble rammet, så kan man kalle det han opplevde som en kritisk hendelse sortert under indre motivasjon, da det er en hendelse som for respondenten «*markerer et skille, et “før” og “etter” den aktuelle hendelsen.*» (Andersson m.fl., 2012).

Engasjementet hos respondentene 2b og 2c hadde ikke utgangspunkt i tilstander i nære relasjoner, da deres tilnærming var yrkesrelatert.

Likevel hadde de en oppfatning av at blant organisasjonens frivillige så hadde de fleste en klar tilknytning til kreft, enten ved at de var rammet selv eller at noen i nære relasjoner var rammet. Dette samsvarer i stor grad med funnene i rapporten om engasjement for psykisk helse, som konkluderer at det sterkeste engasjementet ligger hos mennesker i nære relasjoner.

Indre motivasjon er i dens natur nært knyttet til individet, men det later også til å være av betydning hvor nære de ytre motivasjonsfaktorene oppleves å være. Både påvirkning fra og hendelser som omfatter nære relasjoner ser ut til å ha en stor betydning for respondentenes bakenforliggende motivasjon. Det samme gjelder observasjoner av omgivelser i endring og hendelser som oppfattes som nære. For kosthold- og klimarespondentene er det ikke kritiske hendelser som er den bakenforliggende faktor for deres engasjement. Snarere er disse faktorene sammensatte og utviklet over tid. Flere av klimarespondentene trekker frem kunnskap som en viktig årsak til deres engasjement i voksen alder.

Som vi så i teorikapitlet har personlige følelser en dobbel rolle i så måte at det kan være en forutsetning for hvorvidt man føler at engasjement kan komme til nytte, samtidig som følelser også kan være utbyttet man ønsker å oppnå ved å engasjere seg. Prosessen kan ha en selvforsterkende effekt ved at fordelene ved det følelsesmessige utbyttet i seg selv er en motivasjonsfaktor for videre engasjement. Det kan også være en prosess hvor negative følelser er forutsetninger imens positive følelser er utbyttet av engasjementet. Alle respondentene som var engasjert i kosthold sa at dette førte med seg positive og gode følelser, og at det føltes bra å være med i et arbeid som de så på som samfunnsnyttig. Respondent 1b synes også at det var fint å finne en plass hvor det er andre som har samme syn som henne. Også respondent 2a følte at engasjementet ga god livskvalitet, selv om saken i seg selv er av en alvorlig karakter. Videre følte han også at han hadde mye mer igjen for å gjøre en innsats i det lokale miljøet, og at den lokale og nære tilknytningen var en motivasjonsfaktor i seg selv.

Blant klimarespondentene så har man et mer variert bilde, hvor noen også satt igjen med negative følelser som sinne og frustrasjon, noe som skulle tilsi at faktoren B (benefit) i den matematiske modellen får en lavere verdi. Det later til at nærhet er et stikkord, både i opplevd sannsynlighet for å kunne påvirke, men også i den følelsesmessige tilknytningen til en sak.

Nærhet kan være både i distanse, men også i tid. For flere av respondentene virker det som at det er viktig at man selv skal kunne observere og oppleve en effekt av ens engasjement.

Det reiser interessante spørsmål rundt engasjement for fremtiden. Hvor langt inn i fremtiden føler man, og bør man føle, et ansvar? Min oppgave rommer dessverre ikke tilstrekkelig empirisk grunnlag til å hevde noe om dette, men de blant to respondentene hvor temaet var oppe til diskusjon var det enighet om at det dette ansvaret ihvertfall strakk seg til sine egne barnebarns generasjon. Temaet vil bli videre omtalt i neste kapittel under “Videre forskning”.

6.2.3 Duty

Ut ifra den empiriske fremstillingen så later det til at følelsen av plikt til å handle er sterkest hos klimarespondentene. Dette viser blant annet igjen i uttalelser fra respondent 3b, som har hatt en «*gradvis økende eksistensiell tilnærming*», og respondent 3a, som føler at det er godt å kunne gjøre noe for å påvirke situasjonen i riktig retning, på tross av at hun noen ganger føler at det er nytteløst. Sistnevnte mener også at viktige forutsetninger for folks engasjement i klima innebærer at de har en samvittighet og tanker om at verden er en plass som deles på.

Pliktfølelsen må derfor være sterkere enn opplevde kostnader ved å være engasjert.

For respondent 2a, som er engasjert i kreftsaken, så deltar han ikke på de ulike arrangementene fordi han føler at han må, men fordi han synes det er kjekt.

6.2.4 Cost

Engasjementet har en kostnad knyttet til tid, innsats og økonomi for alle respondentene. Som vi så i underkapitlet “Engasjementets påvirkning på respondentenes dagligliv” i Empiri-kapitlet så kommer dette klart til uttrykk hos flere av respondentene. Respondent 1c synes tidvis det er vanskelig å være så opptatt av kosthold som hun er, særlig i sosiale settinger. Samtidig er det ingen av kostholdsrespondentene på noen måte opplever det som kostnadskrevenende å være medlem i Kostreform for bedre helse med bakgrunn i organisasjonens arbeid for å endre myndighetens kostholdsråd.

Hos klimarespondentene kommer dette til uttrykk ved at tidseffektive transportmidler blir valgt bort til fordel for mer miljøvennlige transportmidler. De velger også økologisk mat, som ofte er dyrere, imens noen velger å være vegetarianere fordi kjøttproduksjon er forbundet med forurensing og miljøskader.

Det koster å sette et forsiktig fotavtrykk, men for respondentene må denne opplevde kostnaden være av lavere betydning enn den plikt man føler for å gjøre noe, de fordelene man sitter igjen med, og den opplevde graden av påvirkning.

6.3 Besvarelse av forskningsspørsmål 1

Hvilke faktorer som fører til engasjement i helserelaterte saker varierer naturligvis fra sak til sak. Ut ifra diskusjonen over er det likevel noen fellestrekk som er gjenkjennbare i de ulike sakene. Disse fellestrekene kan derfor ses på som faktorer som fører til engasjement i helserelaterte saker. Den første faktoren er at oppgavens respondenter opplever en stor grad av mulighet til påvirkning innenfor deres respektive fokusområder. Dette forårsakes enten av at sfæren man er engasjert innenfor er relativt avgrenset og at det er nærhet i tid og sted til observerbar effekt av egen innsats, eller at man selv kan avgrense sfæren man er engasjert innenfor, selv om temaet er av en større skala, slik at det også i slike tilfeller vil være en nærhet i tid og sted til observerbar effekt av egen innsats. Den andre faktoren er personlig nærhet til saken. Rapporten om engasjement innen psykisk helse (Blåka, 2012) konkluderer med at det sterkeste engasjementet ligger hos mennesker i nære relasjoner. Tilsvarende har også engasjementet hos denne oppgavens respondenter utgangspunkt i hendelser, tilstander eller situasjoner som involverer dem selv eller nære relasjoner eller nære omgivelser. Den tredje faktoren er det følelsesmessige utbyttet av engasjementet. For mange av respondentene førte engasjementet til positive følelser. Dette var ikke like klart hos klimarespondentene som hos de andre gruppene. Den fjerde faktoren er opplevd plikt i forhold til saken. Blant respondentene virker det til at pliktfølelsen var sterkest hos klimarespondentene, imens den ene av kreftrespondentene (2a) ikke følte det var noe plikt forbundet med engasjementet. Den femte, og siste, faktoren er opplevd kostnad. En kostholdsrespondent mente at det tidvis var krevende å være opptatt av kosthold, og flere av klimarespondentene fremhevet valg av miljøvennlig mat og transportmidler, som kan forbindes med økte tidsmessige, innsatsmessige og økonomiske kostnader. Felles for alle respondentene må likevel være at dette forholdet ikke oppleves som sterkere enn summen av de andre.

6.4 Kjennetegn på problemet med antibiotikaresistens

6.4.1 Probability

Folks opplevelse av sannsynligheten for hvorvidt deres individuelle atferd vil være av betydning i arbeidet mot antibiotikaresistens kan deles i to; opplevd betydning av individuell bruk av antibiotika og opplevd betydning av individuelt engasjement for bevaringen av antibiotika. I underkapitlet om allmenningens tragedie i teorikapitlet så vi hvordan individers rasjonelle atferd kan gå på bekostning av samfunnets interesser.

Kan man så kalle antibiotikaresistens en allmenningens tragedie? Ifølge Steinbakk m.fl. (2014) så er antibiotika “societal drugs”, det vil si at: *«Dette er legemidler som ikke bare har effekter på den enkelte pasient, men indirekte påvirker forhold i samfunnet gjennom normal utveksling av mikrobeflora samt at rest-aktivitet etter bruk direkte påvirker ytre miljø via kloakk.»* Med bakgrunn i Hardins (1998) forklaring av allmenningens tragedie så kan vi si at beitemarken symboliserer antibiotika som en fellesressurs, og gjeterne symboliserer en befolkning, inkludert de andeler av befolkningen som til enhver tid bruker antibiotika, samt de andeler som ikke bruker det. Jo flere som bruker antibiotika, jo flere resistente bakterier får man i miljøet, og jo mindre virkningsfullt blir antibiotika.

Mikrobiolog Jessica Lönn-Stensrud (2015) sier: *«En dose er hverken nødvendig eller tilstrekkelig for at det skal utvikles resistens. Som individ kan man da argumentere for at om jeg tar denne ene kuren så har det ikke noe å si for resistensutviklingen. Men hvis mange nok tenker sånn, har vi et problem.»* Man kan altså legge til grunn at det er et problem om det eksisterer en oppfatning av at individuell bruk og innsats ikke vil være av betydning, fordi en slik oppfatning kan være et produkt av en helt rasjonell tankegang. Anvendt i spillteorien, i et allmenmedisinsk perspektiv som ekskluderer kreft og andre alvorlige sykdomstilfeller, så kan man si at om en syk person ikke blir forskrevet antibiotika for behandling så vil det være en negativ nytte for individet, fordi vedkommende kan måtte oppleve en lenger sykdomsperiode eller ytterligere komplikasjoner. Samtidig vil det være av positive nytte for befolkningen som helhet, men den nytten divideres med antall individer som befolkningen består av, og blir derfor forsvinnende liten, sett fra individets ståsted. Med bakgrunn i dette kan man hevde at problemet med antibiotikaresistens kanskje hadde vært lettere å løse om enhver bruk av antibiotika ga signifikante utslag på resistensnivået i miljøet.

I den nasjonale strategi mot antibiotikaresistens står det at befolkningens kunnskap må økes slik at den enkelte pasient eller pårørende ikke legger press på leger for å få forskrevet antibiotika. Det vises videre til at det i Belgia og Frankrike er gjennomført massemediekampanjer for å opplyse befolkningen om antibiotikaresistens, med positive resultater (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, side 10). Hva som menes med “positive resultater” er ikke nærmere presisert.

Annen forskning har, som vi så i innledningskapitlet, vist at økt kunnskapsnivå om antibiotika og resistens ikke er utelukkende positivt. Respondentene i denne oppgaven er i hovedsak enige i at kunnskap er en viktig forutsetning for engasjement for antibiotika, men det er usikkerhet knyttet til hva økt kunnskap kan føre til. Anvendelsen av spillteorien gir heller ikke noe videre pekepinn på hvor stor betydning økt kunnskap vil utgjøre, og hva økt kunnskap i befolkningen vil kunne føre til. Ved å anvende kritikken mot Hardins løsninger for en allmenningens tragedie i forståelsen av antibiotikaresistens som problem så kan man likevel avdekke noen retningslinjer for hvordan befolkningens forhold til antibiotika og resistensproblematikken kan påvirkes. Som presentert i teorikapitlet så vi at Hardin (Baden, Noonan og Hardin, 1998) mente at allmenningens tragedier i prinsippet er uløselige ved hjelp av ny vitenskapelig kunnskap, nye teknikker eller teknologiske nyvinninger. Han var av en oppfatning at de kun kunne løses ved at fellesgodet enten ble privatisert, eller at adgang til godet ble regulert gjennom politiske vedtak. I Norge er distribusjon av antibiotika reseptbelagt og offentlig kontrollert, og dermed i og for seg regulert, om man ser bort i fra muligheten til å dele reseptbelagt medisin eller å ta med eller bestille fra land uten samme strenge regulering. Samtidig vil ny vitenskapelig kunnskap kunne føre til en enda mer hensiktsmessig bruk av antibiotika, samtidig som nyvinninger, i form av nye antibiotika eller andre behandlingsmetoder, vil kunne redusere resistensutviklingen. Den mest interessante kritikken mot Hardins løsninger stammer fra William D. Ruckelshaus (ibid.), som hevdet at løsningen på problemene med en allmenningens tragedie ligger i en større innsats for utdanning og involvering av samfunnet, samtidig som man lar befolkningen ha en større rolle i beslutningsprosessene. Han mente at befolkningens kjennskap til og aksept for de tiltak som må innføres er avgjørende for en bærekraftig håndtering av felles ressurser. Videre mente han at befolkningen må få mulighet til å spørre seg selv hva de kan gjøre, og hva fellesskapet som de er en del av kan gjøre for å imøtekomme felles interesser og bevare felles goder.

Anvender man denne tankegangen i en løsningsorientert tilnærming av resistensproblematikken så vil det si at befolkningen må få ta del i eierskapet til problemet, og ikke bare være en passiv bruker av fellesgodet, slik som det kan fortone seg i dag.

Respondent 3e mente at siden problematikken med antibiotikaresistens rammer alle, så burde det hjelpe på nivået av engasjement, *«men om det gjør det, det er jeg ikke så sikker på. Jeg opplever jo ikke at det er noe sterkt engasjement (...).»*

Med bakgrunn i spillteorien kan man hevde at engasjement for antibiotikaresistens lider under det faktum at det angår og kan ramme alle individer i samfunnet, og ikke en avgrenset, definerbar gruppe. Den individuelle positive nytteeffekten ved å bruke antibiotika blir derfor for stor i forhold til den negative effekten dette har for samfunnet. Uten eierskap til problemet vil man derfor, ifølge Ruckelhaus kritikk, kunne vente at beslutninger for å bevare fellesgodet vil møte motstand i befolkningen. Flere av respondentene mente også at slik motstand i befolkningen ville forekomme ved økt regulering av antibiotika. Ruckelhaus hevdet videre at i det frie samfunn er umulig å oppnå varige løsninger på problemer uten støtte fra befolkningen. Bevaringen av antibiotikaresistens må altså inngå i en form for samfunnskontrakt, der befolkningen har eierskap i problemet, og samtidig er en del av løsningen. Befolkningens potensielle engasjement begrenser seg dermed ikke til å ta antibiotika som anbefalt av legen, snarere kan befolkningens involvering og engasjement føre til tilstrekkelig støtte og legitimering av strengere regulering av fellesgodet.

Selv om mange av respondentene mener at befolkningen spiller en viktig rolle i bevaringen av antibiotika, så er det også flere som stiller spørsmål med betydningen av en engasjert befolkning i forhold til dette temaet, og hvordan et slikt engasjement skulle få utløp. Flere av respondentene mener at befolkningen ikke selv kan eller skal vurdere hvorvidt man skal ta antibiotika eller ikke basert på en egen forståelse av at det vil være av betydning for å begrense resistensutviklingen. Som respondent 2b sa: *«Det blir nesten patetisk om man skal si at man ikke vil ha en antibiotikakur fordi det kan hende det kan bli en krise i forhold til resistens om 50 år.»* Samtidig virker det som om det mangler en logisk ventil for engasjement rundt antibiotikaresistens.

Respondent 2b summerer hva flere av respondentene tenkte i spørsmålet: «*Men hvordan engasjerer man seg i en slik sak? Betyr det at man bare skal si “nei takk” til antibiotika?*». Selv om noen respondenter mente at man kunne utvise engasjement gjennom samtaler med familie og venner, leserbrev og deltakelse i organisasjoner, så mente respondent 3e at: «*(befolkningen) har ikke virkemidler tilgjengelig. Bil kan man jo la være å kjøre, du kan la være å kjøpe mat (...)*» Videre mente han at om man kunne ta et aktivt valg så kunne det enklere skapes grunnlag for engasjement i befolkningen. Med det forstås at om man hadde flere alternativer for behandling, som var like eller tilnærmet like gode, så hadde det vært mye lettere å skape et engasjement. En slik tilnærming kan forklare befolkningens engasjement rundt narasin i kylling ble så stort. Kombinert med massiv mediedekning over en kort periode, så hadde befolkningen valgmuligheter ved at man kunne kjøpe kylling hvor narasin ikke var blitt brukt i foret, eller man kunne unngå å kjøpe kylling og fortsatt ha mat på bordet.

Det virker til å være vanskeligheter ved å avgrense problematikken til et begrenset område hvor man selv kan utgjøre forskjell. Det er ikke mangel på egenskaper og innsats blant folk som fører til dette, snarere er det antibiotikaresistensens karakteristikk som krise som gjør at man ikke kan definere en slik avgrensing. Hvor man som klimaengasjert kan velge å sykle istedenfor å kjøre bil, ta tog istedenfor fly, og spise økologisk fremfor masseprodusert, så finnes det ikke tilsvarende “strenger” å spille på innenfor resistensproblematikken. Om muligheten for påvirkning gjennom engasjement er avgrenset til å ikke presse legen for å få resept på en antibiotikakur, fullføre allerede påbegynte antibiotikakurer og fremme problemet for venner og familie, sett i forhold til at problemet er globalt av natur og involverer i utgangspunktet hele humanpopulasjonen, så er det forståelig at den opplevde muligheten for påvirkning er svært lav. Stoknes (2015) sier at når de praktiske løsningene uteblir så gror følelsen av hjelpeløshet, og de faresignalene som gis av fageksperter og media får motsatt effekt: «*Vi har hørt at «enden er nær» så mange ganger at vi egentlig ikke registrerer det lenger.*» Det må derfor etableres plattformer som muliggjør engasjement på en praktisk måte, slik at engasjement som ligger latent kan komme til uttrykk på forskjellige arenaer. Et eksempel på hvordan latent engasjement kan komme til uttrykk kan være den massive responsen i etterkant av NRK Brennpunkts fremvisning om dokumentaren om antibiotikaresistens, som presentert i kontekstkapitlet. Denne dokumentaren og den store responsen den fikk vil bli videre diskutert i neste underkapittel.

6.4.2 Benefit

Basert på de teoretiske perspektiver og det empiriske grunnlaget vil jeg i dette underkapitlet forsøke å etablere en forståelse av hvordan antibiotikaresistens som tema påvirker folk, og deres forståelse av hvorvidt temaet kan representere en risiko for dem, nå eller i fremtiden. Sagt på en annen måte; “hva påvirker folks vurdering av hvorvidt antibiotikaresistens er noe som angår dem selv?” Vi så i teorikapitlet at menneskers respons på risiko ikke vurderes etter objektive eller vitenskapelige vurderinger, men heller etter hvordan man selv oppfatter risikoen (Sjøberg, 2006, s. 649, referert av Renn, 2008, s40). Menneskers oppfatning av risiko påvirkes, ifølge Boyesen (Olsen, Mathiesen og Boyesen, 2008, s. 83) av forhold som om man ufrivillig eksponeres for en risiko, om man har manglende personlig kontroll over risikoen, om det er knyttet stor usikkerhet til hva som kan bli konsekvensene, og om man har manglende personlig erfaring med risikoen. Videre påvirkes menneskers oppfatning av hvorvidt risikoen kan ha betydning for fremtidige generasjoner gjennom genetiske effekter av eksponering eller andre forhold. I tillegg påvirkes oppfatningen av om risikoen inneholder et katastrofepotensial, altså om den kan føre til katastrofale hendelser, om nytteverdier går til andre enn en selv, og om risikoen har synlige og umiddelbare konsekvenser.

På spørsmål om hva respondentenes umiddelbare tanker om antibiotika og antibiotikaresistens er, så uttrykker et flertall av dem at de opplever antibiotikaresistens som skummelt, og flere uttrykker også frykt for at dette kan bli en omfattende utfordring i fremtiden. Andre føler de ikke har noe forhold til det og at det ikke angår dem. I motsetning var respondentene som umiddelbart trakk assosiasjoner mot medisin, kanskje litt overraskende, i fåtall.

En risiko som man utsettes for frivillig, eller som man føler at man selv kan kontrollere, vil oppfattes som mindre alvorlig enn om man ufrivillig eksponeres for risiko som man ikke kan kontrollere. Tilsvarende gjelder for om man ved personlig dyktighet eller egnethet har en oppfatning av at man kan unngå, omgå, kontrollere eller manipulere risikoen. Hva gjelder antibiotikaresistens er det en risiko som for individet er vanskelig å kontrollere. Respondent 2b oppfatter likevel at det i befolkningen råder en mistro til om antibiotikaresistens faktisk er så skadelig, og sier at folk tenker at *«alle har jo tatt antibiotika, og mange har tatt det mange ganger, å se så fint det har gått.»*

Ifølge FHI smitter resistente bakterier gjennom kontakt mellom mennesker, kontakt mellom mennesker og dyr, gjennom vann, mat og miljøet forøvrig til mennesker. I tillegg kan antibiotikaresistente bakterier spres fra land med høy forekomst til land med lav forekomst ved internasjonal reisevirksomhet og handel med matvarer. Med generell god hygiene og gode rutiner med tanke på kjøkkenhygiene kan man redusere muligheten for å bli smittet av resistente bakterier (Bjørnholt, m.fl., 2014). Risikoen kan likevel ikke elimineres, fordi våre dagligliv innebærer kontakt med mange av de overnevnte smitekildene. I tillegg vil man være avhengige av virkningsfull antibiotika om man skulle bli avhengig av andre behandlinger hvor antibiotika er involvert, som ved kreftbehandling og transplantasjoner. Det er også umulig å ha noen antagelser om hvorvidt man kan bli rammet av resistente bakterier i fremtiden.

Det er vanskelig å forestille seg at antibiotikaresistens som problem kan inneha et katastrofepotensial, slik Boyesen beskriver det (2008, s. 84). Det er i så måte en krise uten kritiske hendelser. Som med en krypende krise så er det vanskelig å si når antibiotikaresistens virkelig er eller blir en krise, sett i fra befolkningens, politikernes og ekspertenes ståsted. Disse gruppene definerer ofte dette ulikt. Begynte krisen allerede da Alexander Flemming advarte mot resistensutvikling i 1945, da han mottok Nobelprisen i medisin for nevnte oppdagelse? Eller begynte krisen da vi begynte å se konturene av en fremtid uten effektive antibiotika? Eller begynner krisen når vi ikke lenger kan behandle et visst antall sykdommer som vi før klarte å behandle? Eller er krisen her og nå, fordi vi som samfunn, både nasjonalt og globalt, ikke har klart å koordinere en effektiv respons? Som vi så i teorikapitlet så mister folk flest fokuset på den mulige krisen fordi man til stadighet får ny informasjon om mer tidskrisiske problemer. I kontekstkapitlet så vi hvordan Antibiotikadagen 18 november 2015 havnet totalt i skyggen for de mer tidskrisiske, sensasjonelle og voldsomme nyhetene fra terrorangrepet i Paris, bare noen dager før. Respondent 2b sier at *«Det er jo ikke en krise, men det kan bli en kjempekrise. Så hvordan medieformidler man en potensiell krise når man skal kjempe (om oppmerksomhet) i så få minutter. Det er en vanskelig sak å markedsføre.»* Spørsmålet fanger mye av essensen i utfordringene med å håndtere utfordringer som både antibiotikaresistens og klimaendringene.

På samme måte mener respondent 3a at det må en kritisk hendelse til for å skape det nødvendige engasjementet: *«Det må til noe helt drastisk, noe som setter en skikkelig støkk i folk, i*

helsevesenet og hele pakken. Informasjon fra myndighetene vil være med å påvirke, men folk våkner ikke før det er en kritisk hendelse.» Videre trekker respondent 2b frem mediedekningen og rådene fra myndighetene i forbindelse med det første store utbruddet av svineinfluensa og ebolautbruddene i 2014 og 2015 som helserelaterte hendelser som virkelig fanget folks oppmerksomhet og skapte frykt og usikkerhet, fordi det fremstod som tidskritisk og voldsomt. Hun mente videre at andre helserelaterte saker, som antibiotikaresistens og Zika-viruset, blir altfor diffust, og at folk tenker at “det gjelder bare de som har vært der borte, jeg kjenner ingen der, og de jeg kjenner har ikke fått noe.” Hun mener videre at vi selv skaper en distanse til slike hendelser fordi vi vil ikke ha det vondt, så langt vi kan så velger vi å tenke at “dette gjelder ikke meg”. Et av problemene med antibiotikaresistens synes derfor å være at det er av en slik natur at det ikke har eller sannsynligvis ikke vil forekomme en kritisk hendelse. Likevel kan nye prognoser og forskning forårsake uro i befolkningen, men så lenge dette ikke knyttes opp mot et umiddelbart behov for endring, så vil interessen og uroen de-eskalere, i tråd med teorien om krypende kriser.

Antibiotikaresistens som problem ser altså ut til å befinne seg under radaren for hva Professor Gilbert (referert i Marshall, 2014, s. 47) hevder er menneskets responsutløser, utviklet gjennom den psykologiske evolusjonen. Gilbert hevder at mennesket er mest sensitive til plutselige forandringer og ignorerer lettere trusler som utvikles sakte over tid. Samtidig er menneskets evne til å se inn i fremtiden, og vurdere fremtidens farer og trusler, fremdeles på et tidlig stadium, ifølge Gilbert. Det henger sammen med Boyesens punkt om synlighet og umiddelbare konsekvenser, hvor trusler og farer som kan observeres og rammer plutselig oppleves som sterkere enn en trussel som vil ramme over tid.

Respondent 3a tror at karakteristikk ved resistensproblemet fører til ansvarsfraskrivelse blant folk: *«Hvis det hadde vært veldig store konsekvenser som man hadde sett nå så hadde det vært en fordel, men siden det ikke er det så er det en ulempe.»* Det samme gjelder respondent 2b, som mener at selv om det er 25 000 som dør årlig i Europa av antibiotikaresistens-relaterte årsaker så er det altfor lite. Om derimot de 25 000 som dør hvert år alle hadde dødd på samme dag, så ville man hatt en hendelse som ville vært både svært synlig og med en umiddelbar effekt.

En slik tankelek blir absurd sett i sammenheng med de faktiske forhold, men den understreker hvordan 25 000 individuelle dødsfall spredd ut over 365 dager holder problematikken under befolkningens terskel for respons. I tillegg til dette mener Respondent 2b at dette også har sammenheng med at folk tenker “Det er noen andre, sikkert noen alkoholikere, folk som allerede er så syke at de hadde dødd likevel. Så det angår ihvertfall ikke meg, jeg har ikke hørt om noen.” Hun mener at størstedelen av denne oppfatningen skyldes at myndighetene maler et bilde av at problemet med antibiotikaresistens gjelder fremtiden, og ikke nå, og mener at *«Det må være farlig nå, og ikke da (i fremtiden), og det må være farlig for meg og dem jeg er glad i. “Jeg bryr meg ikke om noe som skjer om ti år”, for folk flest tenker at man funnet opp noe annet som redder oss fra dette (...) “Myndighetene ordner opp, og det kommer snart en ny pille som ordner opp. Så hvorfor skal jeg være vondt i halsen når jeg ikke må”?»*

Flere respondenter har kjennskap til antibiotikaresistens gjennom artikler og innslag i ulike medier. Respondent 1a sier at han selv ble skremt av oppslag om antibiotika i mediene. Likevel tror han ikke at folk generelt bryr seg nevneverdig om slike oppslag, og at de tenker “det hender ikke meg”. Respondent 3c påpeker at det er en krise på fremsiden av VG nesten hver eneste i dag, og for ham så fremstår utfordringene med resistensutvikling som en storm i et vannglass, og han sitter igjen med en tanke om at politikerne sikkert har kontroll. Respondent 1b tror at medieinnslag gir “et blaff av frykt”. Hun tror videre at man som informasjonsmottaker er nødt til å ha et filter, og at man gjerne føler frykt i en kort stund når man får informasjon om hvor farlig resistens er og kan bli, men at det forblir et problem *«der fremme, ute et sted. Jeg tror absolutt ikke at menigmann tenker at “dette angår meg” når han er hos legen (Respondent 1b).»* Stoknes (2015) sier at vi filtrerer nyheter gjennom vår profesjonelle og kulturelle identitet. Vi leter etter informasjon som bekrefter våre verdier og meninger, og filtrerer bort den informasjonen som motsier dette. Kulturell identitet overstyrer fakta, og i kampen mellom ny informasjon og eksisterende holdninger og verdier, så er den nye informasjonen den tapende part. Noe informasjon passerer gjennom dette filteret og gir et sterkere inntrykk enn annen informasjon. Respondent 2c mener at det er de menneskelige historiene om at “denne lot seg ikke redde” som gjør at man kjenner frykten, om enn kun i et kort øyeblikk.

Hun sier videre at:

«Det er det vi også ser i (organisasjonen); det er de personlige historiene vi må ut med, hvordan vi utgjør en forskjell. Uansett helsesak, om det er antibiotika eller kreftsak, med en gang man klarer å knytte et ansikt og en personlig tragedie til en sak, så appellerer det. Det handler om følelser, og kommunikasjon til følelser.»

På samme måte tror også respondent 1a at det å få nærhet til en skjebne gjennom medier skaper reaksjoner i befolkningen. Hva respondentene her beskriver er sammenlignbart med fenomenet “Identifiable victim effect”, som vi stiftet bekjentskap med i teorikapitlet. Fenomenet omhandler hvordan individet har en tendens til å tilby mer hjelp, omtanke eller støtte om det observerer en identifiserbar person i vanskeligheter sammenlignet med et statistisk liv eller en stor, udefinert gruppe med de samme behovene. Mor Teresa skal ha sagt: «*If I look at the mass, I will never act. If I look at the one, I will.*», en uttalelse som forklarer fenomenet på en kort og konkret måte. I Norge gjorde fenomenet seg svært gjeldende høsten 2015, da bildet av et dødt barn på en strand i Tyrkia skapte en voldsom reaksjon i befolkningen og ble selve symbolet på den pågående flyktningkrisen i Europa og Midtøsten. For mange skaper slike inntrykk en følelse av at det kunne vært en selv eller noen en er glad i, og mange følte et behov for å bidra på ulike måter. Om en hendelse ikke skaper denne effekten, så kan man få det Stoknes (2015) kaller en distanse i tid og sted. Med klimaendringene som kontekst sier han at siden de fleste ikke kan se klimaforandringene utspille seg foran seg, og fordi smeltende isbreer, flommer og tørke, stigende havnivå og andre konsekvenser av klimaforandringer oppleves som langt borte, både i tid og sted, og siden disse ikke påvirker en selv eller ens nærmeste direkte, så opplever man en distanse til problemet. Med bakgrunn i dette kan det derfor hevdes at de 25 000 som dør årlig i Europa av resistensrelaterte tilstander blir av de aller fleste oppfattet som statistikk og en stor, udefinert gruppe. På samme måte er det en stor distanse i tid mellom individet og de fremtidige potensielle konsekvensene som forespeiles av myndigheter og media, om at man i 2050 kan risikere at 10 millioner dør årlig grunnet resistensrelaterte årsaker. I motsetning kan det hevdes at det store antallet reaksjoner på NRK Brennpunkts dokumentar, som ble nevnt i kontekst-kapitlet, var forårsaket av at man i dokumentaren stiftet bekjentskap med mennesker som faktisk var rammet av resistente bakterier. Dokumentaren ga et innblikk i skjebner til personer som de fleste kan føle en relasjon til.

Ifølge Boyesen (Olsen, Mathiesen og Boyesen, 2008) påvirkes folks oppfatning av en risiko ut fra om de har en personlig erfaring med risikoen. Risiko kjent gjennom personlig erfaring er lettere å akseptere enn risikoer som er ukjente. Ifølge Boyesen kan dette forklares ved menneskets frykt for det ukjente, og kan knyttes til forhold utenfor hva man til daglig omgir seg med (ibid., s. 83). I motsetninger sier Renn (2008, s. 94), i det han kaller “availability bias”, at jo raskere og enklere en risiko blir gjenkjent jo større sjanse er det for at risikoens sannsynlighet blir overestimert. Respondent 3b mener at folk kommer ikke til å virkelig forstå alvorligheten av antibiotikaresistens, selv om tematikken er kjent for folk, før deres barn begynner å dø av et sår i hånda. Videre tror hun også at problematikken kanskje blir for kompleks for folk å forstå og at *«vi klarer kun å ta inn såpass mye, og forholde oss til så og så mye elendighet og problematisering (...).»*

Boyesen sier at vi opplever risikoer hvor konsekvensene er nye og ukjente i omfang som større og viktigere. Tilsvarende opplever vi risikoer hvor konsekvensene er velkjente, og har vært det over tid, som mindre og mer uvesentlige. Ser man dette i lys av resistensproblematikken så kan man hevde at konsekvensene er velkjente og har vært det over tid, og at risikoen dermed kan oppfattes som mindre og mer uvesentlig. I tillegg til at befolkningen har fått stadig mer informasjon om problemet gjennom media, slik vi så i kontekstkapitlet, så er det også gitt klare estimater på hva konsekvensene kan bli i form av antall døde både nå og i fremtiden, samt at man risikerer å miste muligheten til å utføre avansert medisinsk behandling. Selv om estimatene i og for seg gir et klart bilde på hva konsekvensene kan bli, så er det umulig for individer å avgjøre hvorvidt det kan det kan få konsekvenser for en selv eller sine nærmeste en gang i fremtiden.

Boyesen sier at det vil være skremmende å utsette seg for noe som kan skade fremtidige generasjoner selv om risikoen ikke gir direkte belastninger i dag (s. 83). I motsetning mener altså Respondent 2b at folk i større grad ville oppfattet antibiotikaresistens som et alvorlig problem om denne oppfatningen også innebar en anerkjennelse om at resistens som problem er aktuelt og farlig, også i dag.

Den empiriske innsamlingen gir ikke noe videre forklaring på hvorfor denne anerkjennelsen ikke skulle være del av folks oppfatning, men Stoknes (2015) sier at når klimaforandringer blir fremstilt som en påtrengende katastrofe som kun kan håndteres med tap, kostnader og oppofringer så skaper det et ønske om å unngå temaet i sin helhet. Det kan antas at de samme faktorene også påvirker folks syn på antibiotikaresistens, fordi den eneste løsningen som blir presentert hvor befolkningen er involvert og kan bidra, er at befolkningen må bruke mindre antibiotika. I valget mellom redusert bruk av et gode eller videre ekspansjon med støtte fra teknologiske nyvinninger, så kan det tyde på at folk har et teknologioptimistisk syn på resistensproblematikken. Hardin (Baden, Noonan og Hardin, 1998.) mente at utfordringer som kan defineres som allmenningens tragedier i prinsippet er uløselige ved hjelp av ny vitenskapelig kunnskap, nye teknikker eller teknologiske nyvinninger. Likeledes så vi i kontekstkapitlet at utviklingen av nye antibiotika har stoppet opp, og hva årsakene til dette er. Samtidig er det stadig flere som mener at utvikling av nye antibiotika bare er å skyve problematikken foran seg, eksemplifisert av analogien til Ramanan Laximinarayan i kontekstkapitlet, om hvordan det ikke hjelper å kjøpe en ny bil om veien man kjører på er dårlig. På samme måte kan man si at den teknologiske tilnærmingen til resistensproblematikken vil føre til en endeløs katt-og-mus lek mellom befolkningen og bakteriene.

Ifølge Boyesen øker folks opplevelse av risiko knyttet til en handling eller valg om nytteverdier går til andre enn en selv samtidig som man selv sitter igjen med alle eller deler av de negative konsekvensene om noe går galt. I underkapitlet 6.4.1 "Probability" så vi at individet som tar antibiotika har en positiv nytteverdi, imens den negative nytteverdien deles på hele befolkningen. Ifølge Gilbert responderer mennesker på gjenstander eller hendelser som en finner uanstendige, frastøtende eller avskyelige. Med klimaendringene som kontekst sier han at selv om man oppfatter at klimaforandringer er noe negativt så får vi likevel ikke en følelse av ubehag grunnet dette, fordi det er vanskelig å se at vi selv gjør noe galt i denne sammenhengen.

På samme måte er det vanskelig å oppleve det å ta antibiotika når man er syk som noe galt, selv om man erkjenner at antibiotikaresistens er noe negativt. Som respondent 3b sa: «(jeg) *har ikke noe problem i å innrømme at også jeg har bedt om antibiotika, selv om jeg kanskje fremstår som inkonsekvent, men det er jo nettopp det som er problemet.*» Respondent 2a tror at folk ikke bryr seg nevneverdig: «*De er glade om de får de medisinene de trenger, så er de ferdig med det.*»

Gjennom sin yrkesfaglige bakgrunn har respondent 2c opplevd at det er et trykk fra pasienter for å få antibiotika. I tillegg kjenner hun også til at folk handler antibiotika i utlandet. På spørsmål om hva hun tenker om dette svarer hun: *«Jeg kjenner at jeg da blir sint og frustrert, mangelen på kunnskap og forståelse blir veldig egoistisk. Den gangen vi virkelig har bruk for det så har vi brukt det en masse»*

6.4.3 Duty

Hva gjelder respondentenes følelse av plikt knyttet til antibiotikaresistens, så mener et flertall av dem at myndighetene, helsevesenet og legestanden har det største ansvaret i å sørge for å bevare antibiotikaresistens. Flere mener at legene har vært for slepphendte med å forskrive antibiotika til behandling av lidelser hvor legemiddelet ikke er virkningsfullt. Samtidig har mange også en oppfatning av at legene er mer restriktive i dag. Flere har også hørt at det jobbes på ulike felt for å forsøke å håndtere resistensutviklingen, for eksempel i jordbruksnæringen og hos legemiddelprodusenter. Hos flere er det også en oppfatning av at helsemyndighetene evner å håndtere antibiotikaresistens som problem, og mange tror også at dette er gemene oppfatningen i befolkningen. Respondent 3c gir også uttrykk for at det er irrelevant hvilke menneskelige og samfunnsmessige forhold som spiller inn: *«Det er fagfolk som må ta en vurdering om hvor mye vi kan bruke.»*

Å tilskrive ansvaret for håndteringen av antibiotikaresistens til myndighetene og helsevesenet er ikke det samme som individuell ansvarsfraskrivelse. At folk har tro på myndighetenes evne og vilje til å håndtere kriser og utfordringer som truer befolkningen er en viktig del av, og et viktig symptom på, et fungerende, handlekraftig samfunn. Dette kan likevel føre til følelsen av plikt knyttet til antibiotikaresistens blir noe lavere, noe som igjen kan påvirke hvorvidt man blir engasjert eller ikke. Samtidig kan det føre til at følelsen av mulighet til å påvirke blir redusert. Hvorfor skal menigmann ha en plikt når myndighetene har sine beste folk på saken? Det er i og for seg en rasjonell tankegang. Som respondent 2b sier: *«Jeg som innbygger må ha tiltro til at dette håndteres av nasjonale helsemyndigheter uten at jeg skal bruke masse energi i det daglige på å være redd for noe som kanskje ikke blir et kjempeproblem for meg og min familie.»* På samme måte mener respondent 1b at befolkningen også har et ansvar, men sier at: *«Man kan ikke regne med at mannen i gaten kan, har tid til eller interesse av å sette seg inn i disse spørsmålene. Det er for mye å forvente.»*

Flere av respondentene finner også en tilsynelatende trygghet i at de samme instanser som informerer om resistens blir sett på som instansene som er ansvarlige for å håndtere problemet. Som vi så i underkapitlet “probability” så kan involvering i beslutningsprosesser føre til at befolkningen får økt følelse av eierskap til problematikken, og dermed en økt følelse av plikt for å være en del av prosessen for å bevare antibiotika. På samme måte som respondent 3b og 3d mente at stolthet og eierskap er viktige inngangsverdier for engasjement i klima og miljø, så kan det samme gjelde for antibiotika. Det fordrer at problematikken løftes ut av den medisinvitenskapelige kontekst, og gjøres forståelig, gripbar og tilgjengelig for befolkningen og deres meninger, tolkninger og holdninger til hvordan en felles ressurs som antibiotika skal håndteres og bevares.

6.4.4 Cost

Den tidsmessige, innsatsmessige og økonomiske kostnaden knyttet til engasjement for antibiotika påvirkes av både menneskelige og samfunnsmessige faktorer. De fleste respondentene mener at det er naturlig at folk ønsker å bli raskest mulig friske. Å være syk er ubehagelig, og om det finnes noe som kan fjerne ubehaget, så vil man ønske å benytte seg av dette, selv om det kanskje kan gå på bekostning av fellesskapet. Flere respondenter trekker også frem ansvaret man har som foreldre eller foresatt ovenfor barn som en hindring for å unngå å bruke antibiotika. Om man har et sykt barn, så ønsker man så klart at barnet skal bli friske raskest mulig. Det er både biologiske og samfunnsmessige årsaker som ligger bak dette ønsket. På den biologiske siden har vi sterke instinkter for vern om barnets helse, velvære og fysiologiske utvikling. På den samfunnsmessige siden kan man ha ønsker om å unngå at barnet faller utenfor, både i skolesammenheng og vennekretsen, samtidig som foreldre eller foresatte ikke ønsker å være borte fra eget arbeid for å pleie syke barn.

Å begrense sykdomsperioden har en positiv nytte i form av at man kommer raskere tilbake til skole og jobb. Flere av respondentene mener at overforbruk og misbruk av antibiotika forårsakes av tempoet som forventes i samfunnet. Man skal være effektiv og innfri tidsfrister i jobbsammenheng, og fritiden skal brukes til deltakelse i sosiale lag. Dette har også bakgrunn i hvordan man i dagens samfunn er organisert i bofelleskap og familier. Kjernefamilien, som består av mor og far og deres barn, har utviklet seg fra det tradisjonelle kjønnsmonnet med mor hjemme og far på jobb, til å bli slik vi kjenner det i dag, med både mor og far i arbeid.

Dette ble påpekt av respondent 2c som selv har erfaring med personer som krever å få utskrevet antibiotika. Med bakgrunn i dette tror flere av respondentene at mer restriktiv forskriving vil bli møtt med negativitet i befolkningen. Man kan anta at det vil være legitimt å føle at man dras i begge retninger, både av at man ikke skal få medisin for å bli raskere friske, samtidig som samfunnet krever at man skal tilbake i jobb. Vi så i teorikapitlet at befolkningen kan motsette seg handlinger eller vedtak med bagatellmessige muligheter for skade eller lidelser om de føler at denne risikoen er påtvunget dem eller bryter med noen av deres andre holdninger eller verdier (Fischhoff et al, 1985, MacLean, 1986, Linnerooth-Bayer and Fitzgerald, 1996, gjengitt etter Renn, 2008, s. 43). Økt kunnskap kan likevel, som vi har sett, være en viktig komponent i arbeidet med å få befolkningen med på laget. Samtidig mener respondent 3e at systemet bør tilrettelegges slik at man ikke tillater folk går på jobb med feber, og at kostnaden ved dette fordeles ut i samfunnet slik at man kan være borte til man er frisk. Han sier videre: «*Det er prisen man må betale, for om vi skal sitte og knaske antibiotika for alt så graver vi vår egen grav, på lang sikt.*»

6.5 Besvarelse av forskningsspørsmål 2

Oppgavens andre forskningsspørsmål er formulert slik: “Hva kjennetegner problemet med antibiotikaresistens?” Besvarelsen består av de viktigste drøftingspunktene som direkte relateres til karakteristikk ved antibiotikaresistens som problem. Flere drøftingspunkter vil inkluderes i den følgende sammenstillings- og oppsummeringsdelen.

Med utgangspunkt i oppgavens kontekst så er et av de viktigste kjennetegnene ved antibiotikaresistens at individuell bruk har for liten effekt på det resistensnivået i det store bildet. Dette fremstår kanskje som en kontraintuitiv påstand, men sett i sammenheng med teorien om allmenningens tragedie så er det for stort gap mellom den individuelle nytteverdien og den kollektive byrden ved bruk av individers bruk av antibiotika. Et annet viktig kjennetegn er distansen til problemet, både i tid og sted. Selv om det hvert år er like mange som dør av resistensrelaterte årsaker som i bilulykker i EU, så forblir disse tallene en stor og udefinert gruppe. Dette forklares i hovedsak av at resistensproblematikken ikke skaper en “identifiable victim effect”, en effekt som fremprovoserer følelser og som har skapt engasjement for andre problemområder.

Samtidig males et bilde av at dette er en utfordring som hører fremtiden til, noe som kan senke det følte behovet for at noe må gjøres nå. I tillegg utvikles antibiotikaresistens og dermed problemets alvorlighetsgrad sakte over tid, og har ikke hatt, og vil sannsynligvis ikke ha noen kritiske hendelser forbundet med seg. Dette gjør det vanskelig å lage sensasjonelle nyhetssaker om resistensproblemet. Samlet fører dette til at resistensutviklingen fortsetter utenfor befolkningens bevissthet, i tråd med teorien om krypende kriser og i fravær av de menneskelige responsutløserne som presentert av Gilbert. Det siste kjennetegnet som her trekkes frem er at det teknologioptimistiske synet på at nye antibiotika kan utvikles for å håndtere resistensutviklingen ikke er i samsvar med den teknologiske og økonomiske statusen på utviklingsfronten, da utvikling av nye antibiotika er en svært kostbar prosess, både i tid og penger, og det har vært få nye antibiotikatyper på markedet de siste 30 årene.

6.6 Sammenstilling og oppsummering

Vi har sett at det er store forskjeller i folks forutsetning for å være engasjert i helsesakene kosthold, kreft og klima i forhold til å skulle være engasjert i arbeidet mot antibiotikaresistens. Dette har bakgrunn i både karakteristikker ved antibiotikaresistens som problem, samt menneskelige og samfunnsmessige faktorer.

Respondentene følte en stor grad av mulighet til påvirkning innenfor sakene de er engasjerte i. Respondentene opplever også at denne muligheten er en viktig del av deres engasjement. I motsetning opplever den individuelle muligheten for påvirkning innen resistensproblematikken som svært liten. Dette er grunnet det avstanden mellom individet og den øvrige befolkningen i fordelingen av fordeler og byrder ved bruk av antibiotika, I tillegg opplever respondentene en mangel på logiske måter å utøve engasjement for antibiotika, og er tvil om i hvor stor grad et personlig engasjement vil være av betydning for problemet. Innen helsesakene kreft, kosthold og klima er det muligheter for å utøve engasjement på forskjellige måter og områder. Eksempelvis så kan det å være engasjert i klima være en livsstil som påvirker mange aspekter ved ens liv, som åpner for dialog og diskusjon rundt de aspektene som definerer en som miljøbevisst og klimaengasjert. Til sammenligning blir antibiotikaresistens særdeles smalt. Man kan selvfølgelig diskutere rundt utfordringens kjennetegn, og hva som blir gjort på makronivå for å håndtere problemet.

Den individuelle innsatsen oppleves likevel som tilnærmet absurd fordi den betyr så lite i det store bildet. Det er også en usikkerhet knyttet til hvilken betydning økt kunnskap har for bruk og håndtering av antibiotika. Det teoretiske grunnlaget, sammen med de empiriske data, gir likevel grunn til å anta at økt kunnskap kan føre til økt engasjement. En forutsetning er at det også legges til rette for økt involvering og eierskap til problematikken. Dette må gjøres i sammenheng med etableringen av relevante arenaer og plattformer for interaksjon hvor det også er naturlig for den generelle befolkningen å delta. Slike arenaer og plattformer må være av en natur hvor den opplevde kostnaden for å delta holdes så lav som mulig. Problematikken må løftes ut av den medisinvitenskapelige kontekst, og gjøres gripbar og tilgjengelig for befolkningen og deres meninger, tolkninger og holdninger til hvordan en felles ressurs som antibiotika skal håndteres og bevares.

De ulike respondentene følte en stor grad av nærhet til saken de var engasjerte for. Selv om utgangspunktene er svært ulike i de forskjellige helsesakene som er blitt diskutert i denne oppgaven, så er den følelsesmessige tilknytningen til en sak en viktig komponent i engasjement. Denne følelsesmessige tilknytningen kan ha utgangspunkt i både positive og negative følelser, i kombinasjon med indre og ytre kombinasjon, samt kritiske hendelser og kunnskap. I tillegg til å gi uttrykk for nærhet til saken de var engasjert i, så uttrykte respondentene også viktigheten av denne nærheten. En slik nærhet til antibiotikaresistens som problem er vanskelig å oppnå. Om man ikke selv er direkte berørt, eller kjenner noen som er berørt, så er det sannsynlig at de menneskene som rammes og dør av resistensrelaterte årsaker oppleves som en udefinert gruppe og en del av en statistikk. Selv om myndigheter, eksperter og WHO kanskje har som hensikt å skape en reaksjon i befolkningen ved å utgi rapporter som sier at 25 000 dør hvert år i EU, og 10 millioner kan dø i 2050, så forblir dette bare tall og statistikk så lenge problemet ikke får et ansikt som befolkningen kan relatere til. Man kan derfor anta at NRK Brennpunkts dokumentar som ga et bilde av noen få mennesker som var utsatt for resistente bakterier ga et langt sterkere inntrykk enn tall som 25 000 og 10 millioner døde. Tilsvarende ble det også gitt uttrykk for at informasjon om resistens gjennom media blir møtt med kort og forbigående oppmerksomhet fordi man oppfatter at denne informasjonen i hovedsak fokuserer på antibiotikaresistens som noe som først i fremtiden kan bli et stort problem.

Pliktfølelse kan være en viktig komponent som inngår i det å være engasjert. For respondentene i denne oppgaven vurderes det at pliktfølelsen var sterkest blant klimarespondentene. Det var en nærmest unison oppfatning blant respondentene at myndighetene og helsevesenet hadde det største ansvaret for å håndtere resistensproblemet. Om befolkningen er av en oppfatning at myndighetene og helsevesenet er i stand til å håndtere problemet, så må det sees på som noe positivt. Likevel kan dette føre til en lavere følelse av plikt til å delta og engasjere seg i problematikken. Om man tar utgangspunkt i de mange fellestrekkene mellom klimaendringene og antibiotikaresistens, så kan man derfor også anta at pliktfølelse er et sentralt forhold for å fremme engasjement for antibiotikaresistens. Som vi så tidligere så må problematikken gjøres gripbar og tilgjengelig for befolkningen og deres meninger, tolkninger og holdninger til hvordan antibiotika skal håndteres og bevares. Ved å gjøre individet i befolkningen synlig, og ved å skape forståelse for viktigheten av ens handlinger, så skaper man også et grunnlag for å utvikle pliktfølelse i befolkningen.

Hos alle respondentene i denne oppgaven må verdien i forholdet knyttet til opplevd følelse av innsatsmessig, tidsmessig og økonomisk kostnad anses som lavere enn summen av opplevd mulighet for påvirkning og hva denne påvirkningen betyr for en selv eller andre, addert med følelsen av plikt knyttet til temaet. Dette er en forutsetning for at engasjement i det hele tatt skal eksistere, om man følger Strongs tolkning av modellen til Riker og Ordeshook. Om engasjement rundt antibiotikaresistens i hovedsak innebærer å redusere individuelt bruk av legemidlet, så er det både menneskelige og samfunnsmessige faktorer som er til hinder for dette. De menneskelige faktorene innebærer ønsket om å bli frisk raskest mulig, fordi det er ubehagelig å være syk. Det innebærer også at man føler et ansvar ovenfor barn eller andre nære individer om at de får adekvat behandling ved sykdom. Disse forholdene ser ut til å veie tyngre enn vurderingen av den allmenne negative effekten ved bruk av antibiotika. Samtidig er det samfunnsmessige forhold, som krav fra skole, jobb og andre plikter, som igjen fører til at den negative effekten ved bruk av antibiotika nedprioriteres til fordel for den individuelle nytte.

Om det er ønskelig med økt engasjement i befolkningen så må man tenke nytt, fordi antibiotikaresistens som problem mangler flere av de egenskapene som gjør at folk engasjerer seg i andre helsesaker. De barrierene som hindrer engasjement må snus til muligheter. Distanse

må snus til nærhet, mangel på mulighet for innflytelse må snus til muligheter for deltakelse og påvirkning. Det må etableres en følelse av plikt til å bevare et fellesgode, samtidig som mulighet for deltakelse etableres på arenaer og plattformer hvor både kostnad og terskel for deltakelse er så lav som mulig. Man må ta i bruk de verktøy man har. Facebook, Twitter og andre sosiale medier kan brukes til å spre et skreddersydd budskap som treffer de rette målgruppene. Dette kan føre til positive bidrag i arbeidet mot antibiotikaresistens ved at økte bevilgninger i statsbudsjettet har legitimitet i befolkningen. Samtidig kan det ha en positiv virkning ved at en reduksjon i bruk og forskriving av antibiotika blir møtt med en kunnskapsbasert forståelse av folk flest.

7. Konklusjoner

7.1 Hovedfunn

Med bakgrunn i forslaget om en befolkningsrettet opplysningskampanje for å få ned bruken av antibiotika så kan det være behov for økt forståelse av hvordan befolkningen opplever antibiotikaresistens som problem, og hvorvidt befolkningen opplever mulighet, plikt eller behov for å engasjere seg i resistensproblematikken. Følgelig ble oppgavens problemstilling lydende slik: “Hva hemmer og fremmer folks engasjement rundt antibiotikaresistens?”

Det konkluderes med at følgende faktorer hemmer folks engasjement rundt antibiotikaresistens: Karakteristikk ved antibiotikaresistens som problem, i kombinasjon med menneskelige og samfunnsmessige forhold, fører til at de faktorer som skaper engasjement i andre helsesaker har dårligere forutsetninger i resistensproblematikken, og dermed skapes ikke et tilsvarende grunnlag for engasjement befolkningen. Disse forholdene inkluderer liten opplevd grad av påvirkningsmuligheter i forhold til problemet, kombinert med at det er vanskelig å se logiske måter for engasjement å komme til uttrykk. Antibiotikaresistens oppfattes også som en utfordring som i hovedsak tilhører fremtiden, og selv om det er 25.000 som årlig dør i EU grunnet resistensrelaterte årsaker, så forblir dette tallet en stor og udefinert gruppe som er vanskelig å relatere til. Videre virker det til å være en oppfatning av at myndighetene og helsevesenet «eier krisen». Det påpekes at dette ikke nødvendigvis er negativt, samtidig som det sannsynligvis har en negativ påvirkning på opplevd pliktfølelse i forhold til å selv engasjere seg i problemet. Til slutt er det menneskelige og samfunnsmessige faktorer som spiller inn. Dette dreier seg i hovedsak om ønsket om å bli frisk raskest mulig, kombinert med de krav som stilles fra jobb, skole og dagliglivet generelt. På flere måter, og av flere ulike årsaker, gis den individuelle nytte større verdi enn den kollektive byrde.

Det er også avdekket faktorer som fremmer folks engasjement rundt antibiotikaresistens: Ved at fokus rettes mot de individuelle menneskene som er skadelidende eller dør av resistensrelaterte årsaker i stedet for å fokusere på hvor mange som dør hvert år eller hvor mange som kan dø i fremtiden, så vil dette kunne skape en større nærhet til problemet i befolkningen. Som i andre helserelaterte saker så handler det om å skape en relasjon basert på følelser. Økt kunnskap vil kunne føre til en forståelse av at antibiotikaresistens ikke er bare en utfordring for andre eller for fremtiden. Dette avhenger av at utformingen av kunnskapsfremmende initiativ tar den forannevnte faktoren i betraktning. En forutsetning er at det også legges til rette for at befolkningen får økt involvering og eierskap til problematikken. Ved å gjøre individet i befolkningen synlig, og ved å skape forståelse for viktigheten av den enkeltes innsats, så skaper man også et grunnlag for å utvikle befolkningens pliktfølelse for verne om et felles gode som antibiotika, slik at man også i fremtiden kan dra nytte av de mulighetene som antibiotika gir.

7.2 Videre forskning

Videre forskning kan ta utgangspunkt i flere retninger med utgangspunkt i denne oppgaven. Som nevnt i metodekapitlet så kan oppgaven følges opp av kvantitative undersøkelser for å se på hvor mange eller få som deler de samme oppfatningene av tematikken som respondentene i denne oppgaven gir uttrykk for.

Som nevnt i forrige kapittel så ville det vært interessant å utføre nærmere forskning på hvor langt inn i fremtiden befolkningen føler, og bør føle, et ansvar med tanke på våre etterkommere. Slik forskning kunne gitt verdifull kunnskap i håndteringen av alle utfordringer hvor vi har muligheten til å gjøre moderate endringer og justeringer i dag for å begrense større konsekvenser i fremtiden.

8. Referanser

't Hart, Paul og Boin, Arjen. 2001. "Between crisis and normalcy: the long shadow of post-crisis politics", i U. Rosenthal, R.A. Boin & L.K. Comfort (Ed.), *Managing Crises; Threats, Dilemmas, Opportunities* (s. 28-46). Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher, LTD.

Aavitsland, Preben, og Åslaug Helland. 2008. "De utvalgte smittestoffene". *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 23 oktober. Hentet 2. oktober 2015.

<http://tidsskriftet.no/article/1746583>

Aftenposten redaksjon. 2015. "Hardere kamp mot antibiotikamisbruk." *Aftenposten*, 24. juni. Hentet 5. februar 2016.

<http://www.aftenposten.no/meninger/leder/Hardere-kamp-mot-antibiotikamisbruk-8069598.html>

Andersson, Mette, Christne M. Jacobsen, Jon Rogstad, og Viggo Vestel. 2012. *Kritiske hendelser - nye stemmer*.

Oslo: Universitetsforlaget.

Aristoteles. 2000, oversatt av Benjamin Jowett. *Politics*

New York: Dover Publications Inc.

Baden, John (ed.), Douglas S. Noonan (ed.) og Garrett Hardin (ed.). 1998. *Managing the Commons*,

Bloomington: Indiana University Press

Begley, Sharon. 1994. "The end of Antibiotics?" Hentet 2. oktober 2015.

<http://europe.newsweek.com/end-antibiotics-186078?rm=eu>

Berg, Christian, Hege Salvesen Blix, Olaug Fenne, Kari Jansdotter Husabø, Randi Selmer, Sissel Torheim og Kari Furu. 2016. *Reseptregisteret 2011–2015*.

Oslo: Folkehelseinstituttet.

Berg, Sophie, Charlotte R. Ulstad, Morten Lindbæk, Astrid L. Wester, og Ulf R. Dahle. 2015. “Rapport fra nettbasert spørreundersøkelse om antibiotikaresistens”. Hentet 22. november 2016.

<http://www.fhi.no/dokumenter/17accade30.pdf>

Bjørnholt, Jørgen, Oliver Kacelnik, Petter Elstrøm og Siri Seterelv. 2014. “*Folkehelse rapporten 2014*”.

Oslo: Folkehelseinstituttet

<http://www.fhi.no/artikler/?id=111478>

Blåka, Sara. 2012. *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom*. NIBR-rapport 2012:9.

Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.

Boin, Arjen, Paul 't Hart, Eric Stern og Bengt Sundelius. 2005. *The Politics of Crisis Management*

Cambridge: Cambridge University Press

Boyesen, Marit. 2003. “Risikopersepsjon - En innføring i fagfeltet”.

Oslo: Direktoratet for sivil beredskap.

ISBN: 82-7985-007-4

Bugge, Stella og Øystein Larsen-Vonseth. 2014. “Antibiotika som ikke virker koster årlig 25.000 liv i Europa”. *VG*, 13. september. Hentet 2. februar 2016.

<http://www.vg.no/forbruker/helse-og-medisin/antibiotika-som-ikke-virker-koster-aarlig-25-000-liv-i-europa/a/23293599/>

Bøyesen, Karoline. 2015. "Engasjement". *Dynamic People*, 29. april. Hentet 22. desember 2015.
<http://www.dynamicpeople.no/engasjement-av-karoline-boyesen/>

Costello, Anthony, Mustafa Abbas, Adriana Allen, m.fl., 2009. "Managing the health effect of climate change". *Lancet and University College London Institute for Global Health Commission*. Hentet 19. mai 2016.
<https://www.ucl.ac.uk/global-health/project-pages/lancet1/ucl-lancet-climate-change.pdf>

Dalland, Olav. 2012. *Metode og Oppgaveskriving*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

DeBord, Matthew. 2014. "Did Elon Musk Compare The Electric Car Business To A Sinking Ship?" *Business Insider*, 25 juli. Hentet 27. januar 2016.
<http://www.businessinsider.com/musk-calls-ev-business-sinking-ship-2014-7?IR=T>

Dipert, Randall R. 2001. "Sidestepping the Tragedy of the Commons" i *The Commons - Its Tragedies and Other Follies*. Redigert av Tibor R. Machan, 27-58.
Standford: Hoover Institution Press

Ehrlich, Thomas. 2000. *Civic Responsibility and Higher Education*.
Westport: Oryx Press

Ekman, Joakim, Erik Amnå. 2012. *Political Participation and Civic Engagement: Towards a New Typology*. Hentet 22. desember 2015.
[http://www.degruyter.com/dg/viewarticle.fullcontentlink:pdfeventlink/\\$002fj\\$002fhumaff.2012.22.issue-3\\$002fs13374-012-0024-1\\$002fs13374-012-0024-1.pdf/s13374-012-0024-1.pdf?t:ac=j\\$002fhumaff.2012.22.issue-3\\$002fs13374-012-0024-1\\$002fs13374-012-0024-1.xml](http://www.degruyter.com/dg/viewarticle.fullcontentlink:pdfeventlink/$002fj$002fhumaff.2012.22.issue-3$002fs13374-012-0024-1$002fs13374-012-0024-1.pdf/s13374-012-0024-1.pdf?t:ac=j$002fhumaff.2012.22.issue-3$002fs13374-012-0024-1$002fs13374-012-0024-1.xml)

Enjolras, Bernard, Rune Karlsen, Kari Steen-Johnsen og Dag Wollebæk. 2013. *Liker - Liker ikke*.
Oslo: Cappelen Damm AS

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). U.d. Primary Care Patient Flyer (Norsk utgave). Hentet 16. februar 2016.

http://ecdc.europa.eu/no/eaad/Documents/Primary%20care%20-%20Patient%20Flyer_NO.pdf

European Commission - Directorate General for Mobility and Transport. 2006. "EU Road fatalities". Hentet 19. mai 2016.

http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/observatory/trends_figures.pdf

Farrar, Jeremy. 2015. "How can we tackle antibiotic resistance?" World Economic Forum, 22. januar. Hentet 5. mai 2016. <https://www.weforum.org/agenda/2015/01/how-can-we-tackle-antibiotic-resistance/>

Finnegan, Gary. 2011. "Losing the superbug war". Hentet 21. mars 2016.

http://ec.europa.eu/health/journalist_prize/2011/docs/article_ireland_en.pdf

Fleming, Alexander. 1945. "Penicillin: Nobel Lecture, December 11, 1945". Hentet 2. oktober 2015. http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1945/fleming-lecture.pdf

Flåm, Karoline. 2016. "Slakter regjeringens antibiotikaplan." *VG*, 8. januar. Hentet 5. februar 2016.

<http://www.vg.no/forbruker/helse/helse-og-medisin/slakter-regjeringens-antibiotikaplan/a/23592638/>

Fortune. Global 500. Hentet 27. april 2016.

<http://fortune.com/global500/>

Fugelli, Per. 2001. "Helse- slik folk ser det". *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 10. desember. Hentet 5. mai 2016.

<http://tidsskriftet.no/article/463825>

Ginsberg, Judah. 2008. "Pfizer's work on penicillin for World War II becomes a National Historic Chemical Landmark" *EurekaAlert!*, 12. juni. Hentet 3. februar 2016.

http://www.eurekaalert.org/pub_releases/2008-06/acs-pwo061208.php

Godager, Gaute. 2014. "Om å skape engasjement og involvering i en hel nasjon!" Hentet 23. mars 2016.

<http://www.helsenorgebeta.net/wp-content/uploads/2014/05/Om-%C3%A5-skape-engasjement-og-interesse.pdf>

Grymer, Torunn, Fredrik Lauritzen og Ann-Iren Finstad. 2014. "-Jeg har en drøm om at alle barn skal bli sett, hørt og tatt vare på". *NRK*, 16. november. Hentet 5. mars 2016.

<http://www.nrk.no/norge/tusener-i-fakkeltog-mot-mobbing-1.12047052>

Hardin, Garrett. 1998. "The Tragedy of the Commons" i *Managing the Commons*, redigert av J. Baden, D.S. Noonan og G. Hardin, s. 6-7.

Bloomington: Indiana University Press

Helgesen, Leif A. 2008. *Menneskets dimensjoner - Lærebok i psykologi*.

Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Helse- og omsorgsdepartementet. 2008. Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012).

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. Nasjonal Strategi mot Antibiotikaresistens 2015-2020.

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2016. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten.

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helseforskningsloven. Lov av 01.07.2009. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning

Holanec, Ivo. 2016. "What do you need to know about antibiotic resistance". Hentet 19. mai 2016. <https://www.actuaries.org.uk/documents/longevity-bulletin-antimicrobial-resistance-amr-issue-8>

Jacobsen, Dag Yngvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser - En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utgave)
Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jdid, Noor. 2015. "Det handler om mer enn å «like»". *Dagbladet*, 21. november. Hentet 4. januar 2016.

<http://www.dagbladet.no/2015/11/21/kultur/meninger/engasjement/politikk/kvinner/42054054/>

Jåsund, Cecilie Berntsen. 2015. "-Pet-skanneren på plass til årsskiftet." *NRK Rogaland*, 25. februar. Hentet 5. mars 2016.

<http://www.nrk.no/rogaland/fortsatt-milliongaver-til-pet-skanner-1.12227094>

Kostreform for bedre helse. U.d. "Om oss. Hentet 5. mars 2016

<http://kostreform.no/om-oss/>

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave)
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lie, Anne Kveim. 2008. "Fra mirakelmedisin til multiresistens" *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 23 oktober. Hentet 2. oktober 2015. <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2008/2293.pdf>

Lönn-Stensrud, Jessica. 2015. "Noen av oss må bruke mindre antibiotika". *Aftenposten*, 11. desember. Hentet 10. mai 2016.

<http://www.aftenposten.no/viten/Noen-av-oss-ma-bruke-mindre-antibiotika-8145397.html>

Marshall, George. 2014. *Don't Even Think About It : Why Our Brains Are Wired to Ignore Climate Change*.

New York: Bloomsbury Publishing PLC.

Mattilsynet. 2014. "Slaktekylling: Hva er narasin?". Hentet 3. Februar 2016.

http://www.mattilsynet.no/dyr_og_dyrehold/for/slaktekylling_hva_er_narasin.16371

McNulty, Cliodna A.M, Paul Boyle, Tom Nichols, Peter Clappison og Peter Davey. 2007. "The public's attitudes to and compliance with antibiotics" *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. Hentet 24. februar 2016.

http://jac.oxfordjournals.org/content/60/suppl_1/i63.full.pdf+html

Musk, Elon. 2014. "Alle våre patenter tilhører dere". Hentet 27. januar 2016.

https://www.teslamotors.com/no_NO/blog/all-our-patent-are-belong-you

Nathan, Carl. 2004. "Antibiotics at the crossroads, Are we making the right choices to bring new drugs to the marketplace?" Hentet 21. mars 2016.

http://weill.cornell.edu/globalhealth/Nathan_Antibiotics_at_the_Crossroads.pdf

NORM/NORM-VET. 2014. *Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway*.

Oslo/Tromsø: NORM/NORM-VET.

Norsk Luftambulans. U.d. "Om oss". Hentet 5. mars 2016

<https://norskluftambulans.no/om-oss/>

Nortura. 2016. "Prior-kylling produsert uten narasin blir ny standard i Kiwi". Hentet 2. februar 2016.

<https://medlem.nortura.no/nyheter/prior-kylling-produsert-uten-narasin-blir-ny-standard-i-kiwi-article39402-11885.html>

NTB. 2016. "Over 50.000 nordmenn får unødvendig antibiotika." *Dagbladet*, 28. januar. Hentet 2. februar 2016.

<http://www.dagbladet.no/2016/01/28/nyheter/legemiddel/innenriks/antibiotika/42920564/>

Olsen, Odd Einar, Espen Reiss Mathiesen og Marit Boyesen. 2008. *Media og Krisehåndtering - En bok om samspillet mellom journalister og krisehåndterere.*

Kristiansand: Høyskoleforlaget

Postholm, May Britt. 2005. *Kvalitativ metode - En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier.*

Oslo: Universitetsforlaget.

Regjeringen. 2016. *Revidert nasjonalbudsjett 2016: Nasjonal kampanje mot antibiotikaresistens.* Pressemelding, 11. mai 2016.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonal-kampanje-mot-antibiotikaresistens/id2500135/>

Reite, Terje. 2010. "Flere tusen demonstrerer for sykehuset." *NRK Møre og Romsdal*, 07. april. Hentet 5. mars 2016.

<http://www.nrk.no/mr/flere-tusen-i-sykehusdemonstrasjon-1.7068993>

Renolen, Åse. 2008. *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag.*

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Renn, Orwin. 2008. *Risk Governance - Coping with Uncertainty in a Complex World.*

London: Taylor & Francis Ltd.

Resistance. 2015. Uji Films.

Riker, William H. og Peter C. Ordeshook. 1968. "A Theory of the Calculus of Voting." *The American Political Science Review*, Vol. 62, No. 1. (Mar., 1968), pp. 25-42.

http://www.uky.edu/~clthyn2/PS671/Riker_1968APSR.pdf

Sarwar, Shazia. 2015. "Kommentar: Spørsmål til den muslimske terroristen." VG, 08. januar. Hentet 5. mars 2016.

<http://www.vg.no/nyheter/meninger/terrorangrepet-mot-charlie-hebdo/kommentar-spoersmaal-til-den-muslimske-terroristen/a/23370028/>

Solhaug, Randi Merete. 2014. "Derfor bryr du deg ikke om klimaforandringer". Hentet 20. januar 2016.

https://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=363382

Spilde, Ingrid. 2004. "Slik virker antibiotika". Hentet 1 Oktober 2015.

<http://forskning.no/bakterier-medisiner/2008/02/slik-virker-antibiotika>

Steinbakk, Martin, Marianne Sunde, Anne Margrete Urdal, Kjersti Nilsen Barkbu, Henning Sørum, Bjørn-Tore Lunestad, Janne Øvrebø Bonhorst, Kaare Magne Nielsen, Morten Lindbæk og Jørgen Vildershøy Bjørnholt. 2014. *Antibiotikaresistens - kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak*.

Oslo: Folkehelseinstituttet.

Stoknes, Per Espen. 2015. *What We Think About When We (Try Not to) Think About Global Warming : Toward a New Psychology of Climate Action*.

White River Junction: Chelsea Green Publishing Co

Stone County Health Department. u.d. "What is public health?". Hentet 5. mai 2016.

<http://www.stonecountyhealthdepartment.com/assets/text/What%20Is%20Public%20Health.pdf>

Storyboard. U.d. "Norway 2015: Top Stories". Hentet 5. mars 2016.

<http://storyboard.mx/yearinreview/no/2015/year>

Strong, Anthea Watson. 2014. "The Three Levers of Civic Engagement." Hentet 23. mars 2016.

<https://medium.com/thelist/the-three-levers-of-civic-engagement-cde106b68523#.dr1cdcs0o>

Sun, Lena H, The Washington Post/Lars Kluge. 2015. “Resistente bakterier på fremmarsj”. *Aftenposten*, 9. desember. Hentet 2. februar 2016.

<http://www.aftenposten.no/fakta/innsikt/Resistente-bakterier-pa-fremmarsj-8277428.html>

TED. 2014. *Ramanan Laxminarayan: The coming crisis in antibiotics*. Hentet 22. mars 2016

https://youtu.be/iWHq2m_Hwhw

Thagaard, Tove. 2013. *Systematikk og innlevelse*. (4. utgave)

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Vårt Land. 2015. “Klimaaktivistenes vekkelshistorier”. *Vårt Land*, 05. desember. Hentet 22. desember 2015.

<http://www.vl.no/reportasjer/reportasje/klimaaktivistenes-vekkelseshistorier-1.480344>

WHO. 2015a. “Global Action Plan on Antimicrobial Resistance”. Hentet 16. februar 2016.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193736/1/9789241509763_eng.pdf?ua=1

WHO. 2015b. “Antibiotic Resistance: Multi-country Awareness Survey”. Hentet 20. februar 2016.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194460/1/9789241509817_eng.pdf

WHO International Agency for Research on Cancer (IARC). u.d. “GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012”.

<http://www.who.int/cancer/en/>

Ødegård, Guro. 2003. “Samfunnsengasjement blant dagens unge.” *Tidsskrift for Ungdomssforskning* 2003, 3(2):89-98.

http://www.hioa.no/asset/6592/1/6592_1.pdf

Øvreberg, Elisabeth. 2011. “50 år uten antibiotika for å knekke resistens”. Hentet 16. februar 2016. <http://forskning.no/bakterier-forebyggende-helse-medisiner/2011/04/50-ar-uten-antibiotika-knekke-resistens>

Øye, Ivar. 2009. “Antibiotika”. Hentet 1. oktober 2015. <https://sml.snl.no/antibiotika>

Vedlegg 1 - Intervjuguide Kosthold

Generelle spørsmål

- Har du blitt intervjuet før?
- Som medlem i Kostreform for bedre helse, hvilke aktiviteter involverer du deg i?
- Hvor lenge har du vært engasjert i Kostreform?
- Hvor lenge har du vært opptatt av kosthold og ernæring?

Årsak til engasjement

- Hvis du prøver å huske tilbake til da du ble med i Kostreform, hva var årsaken til at du valgte å bli medlem?
 - Vil du si at de samme årsakene er tilstede også i dag?
 - Vil du si at du har fått nye årsaker til å være medlem av Kostreform i løpet av din tid som medlem?
 - Vil du si at de årsakene som du nå har nevnt er vanlige blant Kostreforms medlemmer, eller varierer dette fra medlem til medlem?
- Hva føler du at du sitter igjen med, personlig, ved å være medlem?
 - Bidrar det til positive følelser?
- Hvor engasjert vil du si at du er, på en selvdefinert skala?
- Hvordan vil du si engasjementet ditt gjenspeiles i dagliglivet ditt?
- Hvilke målsetninger har du med ditt medlemskap i Kostreform, er det noe du ønsker å oppnå?
 - Målsetninger for deg selv eller dine?
 - Målsetninger for samfunnet som helhet?
- Ifølge Kostreforms hjemmeside arbeides det med blant annet med å endre myndighetenes kostholdsråd. Kan du si litt om det?
 - Er dette noe du “brenner” for?
 - Er det noen arbeidsområder du savner?

- I hvilken grad føler du at ditt bidrag i Kosthold har betydning utover påvirkning på andre medlemmer?
 - Basert på svaret over, hvordan påvirker dette din motivasjon for å være engasjert?
- Hvilken betydning har nivået av engasjement i befolkningen påvirkning på politiske beslutningsprosesser?
- Er du medlem i andre ideelle organisasjoner, eller er det andre politiske spørsmål som opptar deg?
- Hva tror du er viktige faktorer som bør være tilstede for at man skal bli engasjert i kosthold og ernæring?
- Hva tror du er viktige faktorer som hindrer engasjement innen kosthold og ernæring?

Tanker om antibiotika og antibiotikaresistens

- Hvilke tanker gjør du deg når du hører ordene antibiotika og resistens?
- Antibiotikaresistens har blitt kalt Helsesektorens “klimakrise”. Hvilke tanker gjør du deg om en slik sammenligning?
- Hva tror du er den største motivasjonen for å ta antibiotika for folk flest?
Hva med sykdommer, betennelser som du ville bli frisk av uansett?
- Hva tror du er den største motivasjonen for å unngå å ta antibiotika for folk flest?
 - Tror du denne motivasjonen er reell?
- Hvis du tenker tilbake på årsakene for ditt engasjement i Kostreform, er dette årsaker som også kunne ført til engasjement rundt antibiotika? Hvorfor/Hvorfor ikke?
- Hva vil du si er forskjellen mellom engasjement for miljø og klima og engasjement for antibiotika? Finnes det likheter?
- Har du sett artikler om antibiotika og resistens i aviser eller på nettet?
 - Kan du fortelle litt om dette?
 - Om ja, hvilke følelser sitter du igjen med?
- I hvilken grad tror du slike avisartikler påvirker vår bruk av antibiotika ved sykdom?
- De siste årene har bruken av antibiotika og resistens gått opp. Hva tror du må til for å snu den negative trenden?
 - Politiske vedtak? Hvorfor/Hvorfor ikke?

- Tiltak rettet mot befolkningen? Hvorfor/Hvorfor ikke?
- En erkjennelse av resistensens potensielle konsekvenser i befolkningen?
Hvorfor /hvorfor ikke?
- Til slutt: Er det noen spørsmål jeg burde ha spurt om, eller temaer vi burde ha diskutert, ut ifra konteksten vi har snakket om i dag?

Vedlegg 2 - Intervjuguide Kreft

Generelle spørsmål

- Har du blitt intervjuet før?
- Som medlem i (organisasjon), hvilke aktiviteter involverer du deg i?
- Hvor lenge har du vært engasjert i kreftsaken generelt og i (organisasjon) spesielt?

Årsak til engasjement

- Hvis du prøver å huske tilbake til da du ble med i (organisasjon), hva var årsaken til at du valgte å bli medlem? (På jakt etter kritiske hendelser, et “før og etter”)
 - Kan du huske om du hadde noen tanker eller meninger om kreft og (organisasjon) før dette?
 - Vil du si at de samme årsakene er tilstede også i dag?
 - Vil du si at du har fått nye årsaker til å være medlem av (organisasjon) i løpet av din tid som medlem?
 - Vil du si at de årsakene som du nå har nevnt er vanlige blant (organisasjon) medlemmer, eller varierer dette fra medlem til medlem?
 - (Om relevant) Tror du noen medlemmer ikke er pårørende til kreftpasienter?
- Hva føler du at du sitter igjen med, personlig, ved å være medlem?
 - Bidrar det til positive følelser?
- Hvor engasjert vil du si at du er, på en selvdefinert skala?
- Hvilke målsetninger har du med ditt medlemskap i (organisasjon), er det noe du ønsker å oppnå?
 - Målsetninger for deg selv eller dine?
 - Målsetninger for samfunnet som helhet?
- I hvilken grad føler du at ditt bidrag har betydning for kreftrelatert arbeid?
 - Basert på svaret, hvordan påvirker dette din motivasjon for å være engasjert?

- Hvilken betydning har nivået av engasjement i befolkningen påvirkning på politiske beslutningsprosesser?
- Kan du si litt om hva målsetningene til (organisasjon) er?
 - Hvilke appellerer mest til deg?
 - Savner du noen målsetninger?
- Er du medlem i andre ideelle organisasjoner, eller er det andre politiske spørsmål som opptar deg?
- Hva tror du er viktige faktorer som bør være tilstede for at man skal bli engasjert i helsesak?
- Hvilke faktorer kan du tenke deg vil være til hinder for engasjement i en helsesak?

Tanker om antibiotika og antibiotikaresistens

- Hvilke tanker gjør du deg når du hører ordene antibiotika og resistens?
- I et intervju i Dagens Næringsliv i fjor sa Bent Høie at Antibiotikabruken truer muligheten til å behandle kreft. Han forklarte at: “– Forutsetningen for å bringe immunforsvaret så langt ned som man gjør ved en cellegiftbehandling, er at man kan beskytte kroppen med antibiotika.”
 - Er dette et tema som diskuteres i (organisasjon)/Er dette et fokusområde, så vidt du vet?
 - Kan du tenke deg hvorfor/hvorfor ikke?
- Hva tror du er den største motivasjonen for å ta antibiotika for folk flest?
 - Hva med sykdommer, betennelser som du ville bli frisk av uansett?
- Hva tror du er den største motivasjonen for å unngå å ta antibiotika for folk flest?
 - Tror du denne motivasjonen er reell?
- Hvis du tenker tilbake på årsakene for ditt engasjement i kreftsaken, er dette årsaker som også kunne ført til engasjement rundt antibiotika? Hvorfor/Hvorfor ikke?
- Hva vil du si er forskjellen mellom engasjement for kreftsaken og engasjement for antibiotika? Finnes det likheter?
- Har du sett artikler om antibiotika og resistens i aviser eller på nettet?
 - Kan du fortelle litt om dette?
 - Om ja, hvilke følelser sitter du igjen med?

- I hvilken grad tror du slike avisartikler påvirker vår bruk av antibiotika ved sykdom?
- Tror du det er en sammenheng mellom kunnskap og bruk?
- De siste årene har bruken av antibiotika og resistens gått opp. Hva tror du må til for å snu den negative trenden?
 - Politiske vedtak? Hvorfor/Hvorfor ikke?
 - Tiltak rettet mot befolkningen? Hvorfor/Hvorfor ikke?
 - En erkjennelse av resistensens potensielle konsekvenser i befolkningen?
Hvorfor /hvorfor ikke?
- Til slutt: Er det noen spørsmål jeg burde ha spurt om, eller temaer vi burde ha diskutert, ut ifra konteksten vi har snakket om i dag?

Vedlegg 3 - Intervjuguide Klima

Start med generelle spørsmål

- Har du blitt intervjuet før?

Årsak til engasjement

- Hvor lenge har du vært opptatt av klima og miljø?
- Husker du hvorfor du ble opptatt av dette?
 - Vil du si at de samme årsakene er tilstede også i dag?
 - Vil du si at du har fått nye årsaker?
- Hva føler du at du sitter igjen med, personlig, ved å være opptatt av klima og miljø?
 - Bidrar det til positive følelser?
- Hvor engasjert vil du si at du er, på en selvdefinert skala?
- Hvordan vil du si engasjementet ditt gjenspeiles i dagliglivet ditt?
- Ved å være opptatt av klima og miljø, Er det noe konkret du ønsker å oppnå?
 - Målsetninger for deg selv eller dine?
 - Målsetninger for samfunnet som helhet?
- I hvilken grad føler du at ditt bidrag har betydning for miljøet; lokalt, nasjonalt?
 - Basert på svaret over, hvordan påvirker dette din motivasjon for å være engasjert?
- Hvilken betydning har nivået av engasjement i befolkningen påvirkning på politiske beslutningsprosesser?
- Er du medlem i andre ideelle organisasjoner, eller er det andre politiske spørsmål som opptar deg?
- Hva tror du er viktige faktorer som bør være tilstede for at man skal bli engasjert i arbeid for miljø og klima?
- Hva tror du er viktige faktorer som hindrer engasjement i arbeid for miljø og klima?
- Er du enig eller uenig i følgende påstand: Det er et problem for menneskers engasjement for klima og miljø at innsatsen ikke gjenspeiles i faktisk effekt for klimaet og miljøet. Altså, om du har stor, personlig innsats, så gir dette liten effekt, i det store bildet?

Tanker om antibiotika og antibiotikaresistens

- Hvilke tanker gjør du deg når du hører ordene antibiotika og resistens?
- Antibiotikaresistens har blitt kalt Helsesektorens “klimakrise”. Hvilke tanker gjør du deg om en slik sammenligning?
- Hva tror du er den største motivasjonen for å ta antibiotika for folk flest?
 - Hva med sykdommer, betennelser som du ville bli frisk av uansett?
- Hva tror du er den største motivasjonen for å unngå å ta antibiotika for folk flest?
 - Tror du denne motivasjonen er reell?
- Hvis du tenker tilbake på årsakene for ditt engasjement i FIVH, er dette årsaker som også kunne ført til engasjement rundt antibiotika? Hvorfor/Hvorfor ikke?
- Hva vil du si er forskjellen mellom engasjement for miljø og klima og engasjement for antibiotika? Finnes det likheter?
- Har du sett artikler om antibiotika og resistens i aviser eller på nettet?
 - Kan du fortelle litt om dette?
Om ja, hvilke følelser sitter du igjen med?
- I hvilken grad tror du slike avisartikler påvirker vår bruk av antibiotika ved sykdom?
- De siste årene har bruken av antibiotika og resistens gått opp. Hva tror du må til for å snu den negative trenden?
 - Politiske vedtak? Hvorfor/Hvorfor ikke?
 - Tiltak rettet mot befolkningen? Hvorfor/Hvorfor ikke?
 - En erkjennelse av resistensens potensielle konsekvenser i befolkningen?
Hvorfor /hvorfor ikke?
- Vil du si at det er en fordel eller ulempe for befolkningens engasjement for klima og antibiotika at alle deler konsekvensene?
- Til slutt: Er det noen spørsmål jeg burde ha spurt om, eller temaer vi burde ha diskutert, ut ifra konteksten vi har snakket om i dag?