



Folkhälsomyndigheten

Möte för Folkhälsomyndighetens referensgrupp för nationella vaccinationsprogram

Dag: Den 25 oktober 2016

Tid: Kl. 10:00-16:00

Plats: Folkhälsomyndigheten, Nobels väg 18, Solna

Närvarande

Agneta Andersson, Sveriges kommuner och landsting

Malin Bengné, Smittskyddsläkarföreningen

Charlotta Bergquist, Läkemedelsverket

Margareta Ehnebom, Svensk förening för allmänmedicin

Kathy Falkenstein-Hagander, Svenska barnläkarföreningen

Helena Hervius Askling, Smittskyddsläkarföreningen

Eva Nyman, Socialstyrelsen

Kristian Riesbeck, Föreningen för klinisk mikrobiologi

Sven-Arne Silfverdal, Barnhälsovårdsenheterna

Ann Lindstrand, Bernice Aronsson, Hélène Englund, Tiia Lepp och Adam Roth från Folkhälsomyndigheten.

Representanter för Skolläkarföreningen respektive Riksföreningen för skolsköterskor hade inte möjlighet att närvara. Representanter för Infektionsläkarföreningen hade nyligen nominerats och kunde därför inte medverka.

Inledning

Agendan antogs.

Ingen ledamot hade något nytt att meddela avseende möjliga jävsförhållanden.

Referensgruppens uppdrag diskuterades översiktligt.

Referensgruppen påpekade att det är viktigt att Folkhälsomyndigheten även i externa sammanhang poängterar att det är myndigheten som fattar beslut om rekommendationer, medan referensgruppen lämnar synpunkter på kunskaps- och beslutsunderlag. Sedan är det regeringen som fattar beslut om kostsamma förändringar av vaccinationsprogrammen. Vidare förtydligades att regeringen fattar beslut om huruvida en sjukdom ska omfattas av ett program, och inte vad gäller särskilda vacciner eller vaccinationer.

Redogörelse för pågående arbete avseende nationella vaccinationsprogram

Föreskriften och den praktiska vägledningen

En ny föreskrift om vaccination av barn (HSLF 2016:51) trädde i kraft 1 juni 2016. Största förändringarna innebar:

- Ålder för 4:e dosen DTP-Polio ändrades från 5-6 år till 5 år, för att tydliggöra att vaccinationen ska ske inom barnhälsovården, innan barn börjar i förskoleklass.
- För vaccinationer inom elevhälsan anges bara årskurser i schemat
- Att dos I-IV mot DTP bör ges som fulldosvaccin anges nu i ett *allmänt råd*, vilket ger flexibilitet i händelse av vaccinbrist, då det möjliggör användning av lågdosvaccin.
- Kompletterande vaccinationer ska erbjudas upp till 18 år, även för HPV-vaccin
- Vaccination mot Hib och pneumokocker ska erbjudas upp till 6 års ålder
- Enbart minimiåldrar är angivna

Som komplement till föreskriften publicerade Folkhälsomyndigheten också en vägledning.

En översikt av programmet finns på Folkhälsomyndighetens webbplats:

[https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-](https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vaccinationsprogram/allmant-program-for-barn/)

[beredskap/vaccinationer/vaccinationsprogram/allmant-program-for-barn/](https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vaccinationsprogram/allmant-program-for-barn/). På samma sida finns även programmet i PDF-format.

Diskussion

Referensgruppen lyfte att sjuksköterskorna som nu har fått en bredare ordinationsrätt inom barnvaccinationsprogrammet kan känna en oro och förvirring över detta nya ansvar. Folkhälsomyndigheten påpekar att enbart om man har både den reella och formella kompetensen ska ordination göras. Denna förändring bör implementeras successivt med stöd och kompetensutveckling. Det är dessutom ont om skolläkare som kan stödja sjuksköterskorna. Förskrivning off-label, utanför vaccinens indikationer, kräver fortfarande läkarordination.

Vägledningen har inte fått den spridning som Folkhälsomyndigheten önskat; vissa skolsköterskor känner inte till att den finns. Friskolorna är generellt inte en integrerad del av den kommunala elevhälsan och får därmed inte den information som skickas till kommunala skolor.

Referensgruppen påpekade att utifrån de lägsta intervall som har angivits i föreskriften, kan vaccinationsschemat komprimeras och vaccinationerna ges vid 2,5 månader, 4 månader och 10 månaders ålder. Folkhälsomyndigheten tydliggjorde att detta inte ska genomföras som regel, utan att huvudschemat (med vaccinationer vid 3, 5 och 12 månader) bör följas.

Flera synpunkter har inkommit på vägledningen och när den revideras kommer Folkhälsomyndigheten bl.a. förtydliga att schemat som regel ska följas, att off-label förskrivning kräver läkarordination, och hänvisa till produktresumén för MPR och HPV-vacciner.

Nya rekommendationer

Folkhälsomyndigheten har lämnat förslag till regeringen om särskilda vaccinationsprogram för riskgrupper mot hepatit B, influensa, pneumokocker och tuberkulos. Till dess att regeringen fattar beslut har Folkhälsomyndigheten tagit fram rekommendationer för vaccination, anpassade

utifrån utredningarnas slutsatser. Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd om influensa och pneumokocker har upphävts, och ersatts av rekommendationer. Även rekommendationerna om vaccination mot hepatit B har uppdaterats.

Referensgruppen undrade hur skillnaden mellan program och rekommendationer motiverades. Skillnaden ligger i obligatoriet och kostnadsbäraren. Folkhälsomyndigheten förtydligade att rekommendationer inte behöver uppfylla de kriterier som ställs på ett nationellt vaccinationsprogram, eftersom de är frivilliga att följa och implementera av landstingen.

Hepatit B: Den största förändringen i de nya rekommendationerna jämfört med de tidigare, är att Folkhälsomyndigheten nu rekommenderar att alla spädbarn bör vaccineras. Dessutom rekommenderas personer som lever med hepatit C eller hiv vaccination. Interner rekommenderas inte längre vaccination, då de inte bedöms löpa någon ökad risk för smitta. Personer med Down's syndrom rekommenderas inte heller vaccination, men kan ingå i gruppen vårdtagare inom omsorgs verksamhet där det finns risk att hepatit B förekommer, vilken rekommenderas vaccination.

Pneumokocker: Rekommendationerna har anpassats till förslaget om särskilt vaccinationsprogram och innebär inte några större förändringar vad gäller riskgrupper gentemot tidigare föreskrifter och allmänna råd. Fortfarande krävs en individuell bedömning när det gäller vissa tillstånd. Inga graderingar (t.ex. astma grad 4) nämns längre, vilket referensgruppen ansåg vara bra.

Utredningen visade att kostnaden inte motiverar nyttan med att vaccinera personer över 65 år utan riskgruppstillhörighet och bedömdes därför i förslaget till regeringen inte uppfylla kriterierna för att inkluderas i ett nationellt särskilt vaccinationsprogram. En avgörande faktor för kostnadseffektivitetsanalysen är att det saknas stöd för att det 23-valenta polysackaridvaccinet (PPV23) skyddar mot pneumoni. Gruppen löper dock ökad risk för sjukdom och omfattas därför i tidigare föreskrift och nuvarande rekommendation från Folkhälsomyndigheten.

Influensa: Även i influensarekommendationerna undviks specifika gränsvärden vid definitionen av riskgrupper och hänvisar till individuell bedömning. Liksom tidigare rekommenderas inte något vaccin före det andra vad gäller TIV och LAIV vid vaccination av barn. Det har kommit motstridiga resultat vad gäller vaccineffekt av LAIV, och utvecklingen följs vidare i UK, US, Finland och Kanada där man har barnvaccinationsprogram och möjlighet till utvärdering.

Rotavirusvaccination för spädbarn

En arbetsgrupp bestående av representanter för Folkhälsomyndigheten, barnhälsovården och Läke medelsverket har tagit fram ett kunskapsunderlag och ett beslutsunderlag. Beslutsunderlaget fokuserar på smittskyddslagens tre kriterier: om en vaccination kan förhindra smittspridning, vara kostnadseffektiv och vara hållbar ur etiska och humanitära hållpunkter. Slutsatsen är att vaccination har god effekt på sjukdoms bördan och innebär en stor besparing.

En etiket vid Lunds universitet utarbetade ett underlag ämnat för Statens medicin-etiska råd (SMER). Risk-nytta-balansen utgör grunden i den etiska bedömningen. SMER har i ett preliminärsvår tillstyrkt införandet av ett program.

Beslutsunderlaget kommer att föredras för Folkhälsomyndighetens generaldirektör den 8 november. Om han tillstyrker förslaget kommer det att skickas ut på remiss.

Diskussion

Referensgruppen påtalade återigen att den hälsoekonomiska bedömningen baserar sig på uppgifter om vaccineffektivitet som är högre än vad en Cochrane-genomgång kommit fram till. Å andra sidan inkluderas ett listpris för vaccinkostnaden som kan förväntas vara högre än det upphandlade priset. Största kostnadsbesparingen görs genom att indirekta kostnader (t.ex. för vård av barn, VAB) minskar. Kostnaden för ett extra besök inom barnhälsovården inkluderades.

Regionala program (som hittills införts i Region Jönköpings och Stockholms län) har nått en lägre vaccinationstäckning (omkring 75-80 %), jämfört med övriga vaccinationsprogrammet för barn (som regelbundet når ≥ 95 %). Det finns en tendens i Stockholm att områden med lägre köpkraft har lägre vaccinationstäckning. I Jönköping har vaccinationstäckningen en starkare koppling till sjuksköterskornas arbetssituation och kunskap om detta nya vaccin.

Förtroendet för BVC-sköterskan är av stor vikt och avgörande för att nå en hög vaccinationstäckning. Mycket viktigt att det finns tid för att ge information om detta vaccin. I Jönköping räknas det som ett extra besök, i tid, oavsett om separat besök genomförs. Kostnader för informationsinsatser bärs av landstingen, liksom administreringen. Besparingen görs dock inom slutenvården, vilket kan bidra till att vaccinationen inte prioriteras inom barnhälsovården. Dessutom fokuserar besöken och barnhälsovården under barnets första tid på hälsofrämjande arbete och föräldrastöd. Sjukdomsförebyggande arbete innebär en omprioritering för BVC-personal.

Inför ett införande i ett allmänt program kommer staten att förhandla med SKL om ersättning för vaccinkostnad samt administration. I slutändan behövs nog merpersonal på BVC.

Referensgruppen anförde att detta program är svårt att fatta beslut om, då det inte räddar liv. Utredningen prioriterades av Socialstyrelsens referensgrupp eftersom regionala program hade införts och vaccination ansågs angelägen av professionen. Ett av vaccinen inkluderades under utredningen i läkemedelsförmånen. I de landsting där rotavirusvaccination inte erbjuds alla barn, är det framförallt pålästa och högutbildade föräldrar med god socioekonomisk situation som begär det förskrivet, vilket ger ojämlig vård. Det är också viktigt att införa sjukdomen i ett nationellt program, eftersom det skulle bidra till att alla föräldrar får nödvändig information och uppföljning efter vaccination. Vid ett oordnat införandet av vaccinationer mot rotavirus riskerar förtroendet för ett framtida *nationellt* program att minska.

Referensgruppen undrade om TLV eller Folkhälsomyndigheten har möjlighet att stoppa eller dra in en förmånsbedömning, t.ex. med hänsyn till etiska faktorer. Detta är dock inte möjligt och etik ingår inte i bedömningen. Ett samarbete har upprättats mellan Folkhälsomyndigheten och TLV för att diskutera vaccinationsfrågor. TLV är även inbjudna till samverkansmöten med Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Det påpekades att även HPV-vaccinen Gardasil och Cervarix omfattades av läkemedelsförmånen innan vaccination infördes i programmet.

Referensgruppen nämnde att långtidssequelae efter invagination bör nämnas som kunskapslucka i underlaget. Utsöndringen av virus i faeces kan kräva särskilda informationsinsatser och diskussioner med neonatologer eftersom vaccin även administreras på neonatalavdelningar. I kunskapsunderlaget nämns vilka grupper barn där vaccination är kontraindicerat. Gruppen rekommenderade att detta även läggs in i beslutsunderlagets avsnitt om vaccinsäkerhet. Kostnaderna för regioner och landsting för information och utbildning kommer att vara betydande och kontinuerliga. Även om en summa inte kan beräknas, bör detta nämnas.

Referensgruppen lämnade även skriftliga kommentarer i underlagen som togs tillvara i slutversionen.

HPV-vaccinering av pojkar

En expertgrupp är utsedd med representanter för onkologi, cancerepidemiologi, elevhälsa och virologi, samt utredare, statistiker, m.fl. från Läke medelsverket och Folkhälsomyndigheten. Gruppen kommer att ha ett uppstartsmöte den 8 november. Den hälsoekonomiska analysen är påbörjad. Målsättningen är att ett kunskapsunderlag ska vara färdigt i februari 2017 och att ett beslutsunderlag går ut på remiss i juni 2017.

Utredningen är komplicerad, då det man vill förebygga med vaccinationen inte är infektionens direkta effekter, utan långtidseffekter i form av cancer och utgångspunkten är att 80 procent av flickor redan vaccineras. Enligt Världshälsoorganisationens Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization är en ökad täckningsgrad bland flickor mer kostnadseffektivt än att vaccinera pojkar både vad gäller effekt bland pojkar och flickor. Ett vaccinationsprogram kan dock bli mer motståndskraftigt vid ökad vaccintveksamhet om båda könen vaccineras.

Andelen cancerfall som drabbar män och är orsakade av HPV är lägre, än för t.ex. cervixcancer, vilket påverkar den förväntade effekten och därmed även den hälsoekonomiska bedömningen. Bland cancerformer som drabbar män dominerar HPV16.

Tidigareläggning av första dosen MPR-vaccin

Folkhälsomyndigheten gav en uppdatering kring utredningen av om första dosen MPR-vaccin kan tidigareläggas.

Sammanfattningsvis är *antalet fall* i åldersgruppen 9-18 månader mycket få. Variationen mellan år är stor, beroende på utbrottens beskaffenhet. Data har begärts ut från Socialstyrelsens patientregister avseende de tre sjukdomarna för att bättre kunna belysa sjukdomsördan.

Vaccineffektiviteten mot mässling är lägre vid vaccination före 12 månaders ålder än senare. Ingen markant skillnad har dokumenterats vad gäller påssjuka eller röda hund.

Det är inte säkert att *antalet fall i åldersgruppen* kommer att minska som en följd av en tidigareläggning, eftersom antalet fall redan är mycket lågt, och både vaccineffektivitet och vaccinationstäckning är under 100 %. En tidigareläggning skulle däremot kunna öka andelen immuna barn och därmed ge en flockimmunitet som kan skydda de yngsta barnen och medföra en mindre risk för spridning inom t.ex. förskoleverksamheter.

Barnhälsovården, den instans som skulle påverkas mest av en tidigareläggning, är generellt positiva till en tidigareläggning, men negativa till att ge tre vaccinationer vid samma tillfälle, på grund av antalet stick barnet får samt att det kräver mer personal och därmed är resurskrävande. De är också negativa till att införa extra besök vid 9, 11 eller 13-17 månaders ålder.

En *samhällsekonomisk beräkning* har visat att en tidigareläggning skulle kunna ske till samma eller ökade kostnader (i storleksordningen 20 miljoner kronor), beroende på om ett av rutinbesöken kan utnyttjas eller ett extra besök behöver införas.

Vårdnadshavare som deltar i Hälsorapport kommer att tillfrågas om *attityder* till en tidigareläggning och tre stick vid samma tillfälle i april 2017 (senarelagt efter mötet).

Synpunkter från referensgruppen:

Referensgruppen ansåg att fler aspekter borde belysas. En lägre vaccineffektivitet före 12 månaders ålder ansågs inte vara avgörande för att utesluta en sådan vaccinationsålder, särskilt inte då den cellmedierade immuniteten är av betydelse vid MPR-vaccination. Inte heller behövde BVC-personalens inställning till att ge tre vaccinationer vid samma tillfälle nödvändigtvis vara avgörande. Det skulle kunna röra sig om en rädsla för det oprövade som kan gå över med erfarenhet – och med tydlig information om effekt och säkerhet. I andra länder, som Finland och Storbritannien, ges 3-4 vaccinationer samtidigt. Gruppen såg särskilt fram emot resultatet av den attitydundersökning som är planerad bland vårdnadshavare.

Behovet av en tredje dos MPR-vaccin, eller att tidigarelägga den andra dosen, om man tidigarelägger den första bedömdes också behöva beaktas, särskilt om den första dosen skulle erbjudas mellan 9-11 månaders ålder då vaccineffektiviteten är lägre.

Ospecifika effekter av vaccination bör också beaktas, eftersom det enligt vissa studier visat sig vara olämpligt att lägga MPR-dosen före den sista dosen av kombinerat vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och Haemophilus influenzae typ B (DTP-polio-HiB). Folkhälsomyndigheten har redan planerat att inkludera detta område i kunskapsunderlaget, men det har inte påbörjats än.

Det framfördes också ett förslag om att se över hela grundvaccinationsschemat mot DTP-polio-HiB och utreda en förändring från nuvarande schema med vaccinationer vid 3, 5 och 12 månaders ålder, till ett schema med vaccinationer vid 2, 4 och 10-11 månaders ålder. Därigenom skulle MPR-vaccinet kunna ges vid 12 månaders ålder, efter den sista dosen DTP-polio-HiB, samtidigt som färre vaccinationer skulle behöva ges samtidigt. Detta lades till på prioriteringslistan, då det inte bedömdes rymmas inom MPR-utredningen. MPR-vaccinets placering bör självklart beaktas vid en sådan utredning.

Det framfördes också att 18 månader gamla barn inte uppskattar vaccinationerna, och att en tidigareläggning kanske vore att föredra för dem.

Det påtalades att beräkningen av sjukdomsburda och samhällsekonomiska effekter inte tar hänsyn till de extra insatser vid sidan om vaccinationsprogrammet som redan genomförs och som skulle kunna minskas om fler barn var vaccinerade. T.ex. nämndes att MPR-vaccination ofta erbjuds av barnhälsovården tidigare än vid 18 månader inför utlandsresor. Doser som ges

på separata vaccinationsmottagningar inför utlandsresor, till en kostnad för föräldrarna, är också en fråga om jämlikhet. Smittspårning, vaccinationer och postexpositionsprofylax med immunglobulin, vilket smittskyddsenheterna genomför vid inträffade fall av mässling, skulle också kunna minska i omfattning. En kvantifiering av dessa insatser efterfrågades, och särskilt hur många MPR-doser som ges vid BVC, vaccinationsmottagningar respektive på vårdcentraler. Det efterfrågades också en bredare riskbedömning vad gäller risken för utbrott och utbrottshantering.

Slutligen påtalades det att målsättningen med en tidigareläggning måste fastställas tydligare: färre fall bland barn under 18 månader, eller minskad risk för barnen som grupp. Det bör också beaktas att dagens program, med vaccination vid 18 månaders ålder, fungerar mycket väl.

Folkhälsomyndigheten kommer att arbeta vidare med utredningen enligt plan och ta hänsyn till referensgruppens synpunkter.

Diskussion om prioritering av kommande utredningar

Referensgruppen ombads lämna synpunkter på hur prioriteringsprocessen hade genomförts vid det senaste mötet i maj 2016. Gruppen var fortfarande nöjda med resultatet (prioriteringsordningen). Folkhälsomyndigheten hade dock tydligare kunnat förmedla innan mötet att gruppen skulle prioritera och mellan vilka sjukdomar. Om processen hade inkluderat ett skriftligt steg innan mötet, hade större tydlighet kanske kunnat uppnås. Processen upplevdes som snabb och prioriteringsordningen publicerades sedan som referensgruppens synpunkt.

Referensgruppen framförde också att de inte är någon beslutande grupp, och undrade om det behövde sluta i en prioritering. Kanske skulle det räcka med argument för och emot och att prioriteringen istället görs av Folkhälsomyndigheten (genomförandet av utredningar är en del av myndighetens verksamhet vilken beslutas inom verksamhetsplaneringen).

Bedömningstabellen upplevdes som ett väldigt bra underlag och var något som Folkhälsomyndigheten bör fortsätta att utveckla. Samtliga ledamöter är välkomna att bidra till denna inför nästa möte.

Folkhälsomyndighetens representanter tyckte att diskussionen vid föregående möte var en mycket bra första diskussion, men upplevde också att det var svårt att uppnå alla syften för alla sjukdomar i en helt fri diskussion, lyfta argument för och emot olika sjukdomar, vikta olika faktorer, jämföra olika sjukdomar och prioritera. Därför har myndigheten arbetat vidare med en ny process.

Ny process

Folkhälsomyndigheten presenterade därefter ett förslag till ny process, som i likhet med processen 2014, skulle innebära:

1. Diskussion för att lyfta argumenten för och emot en utredning, för respektive sjukdom
2. Bordläggning av utredningar som inte är aktuella
3. Prioritering av resterande sjukdomar

Ett exempel på beslutsträd presenterades, som skulle kunna användas vid prioritering. Referensgruppen framförde att begrepp (t.ex. om en sjukdom är vanlig eller allvarlig) måste definieras väl för att bli användbara. De faktorer som vanligtvis används då vaccinationer utreds för införande i nationella program är sjukdomsbörda, allvarlighetsgrad, vaccineffektivitet och säkerhet.

Argument för och emot en utredning av allmän vaccination av barn mot varicella parallellt med en utredning av särskild vaccination av äldre mot herpes zoster diskuterades. Bland annat anfördes:

- Vaccination mot varicella infördes i USA, men har inte påverkat förekomsten av zoster, troligtvis på att låg vaccinationstäckning uppnåddes inom programmet.
- Om vaccination mot varicella påverkar förekomsten av zoster, och omvänt, bör de utredas parallellt. Om vi når hög vaccinationstäckning inom ett program mot varicella kommer epidemiologin i Sverige påverkas inom några år, och då är det viktigt att det finns en kompletterande plan avseende eventuell vaccination mot zoster.
- Det saknas bra studier av hur epidemiologin avseende zoster påverkas av vaccinationsprogram mot varicella. Detta ansågs vara en viktig del av utredningen.
- Ett nytt vaccin mot zoster är under utveckling och kan komma att godkännas för en bredare åldersgrupp samt ha högre effekt. När vaccinet är godkänt kommer det vara av stor vikt att utreda ett eventuellt införande. (Efter att ansökan om godkännande skickats in kan prövningen ta 1-1,5 år.)
- Sjukdomsbördan ansågs vara stor, och talar för ett vaccinationsprogram. Å andra sidan bedömdes varicella inte vara så allvarlig, undantaget kärleksjukdom och bland personer med t.ex. cancer. Endast enstaka dödsfall förekommer.
- Vård av barn (VAB) till följd av varicella antogs vara hög och bör beaktas i det hälsoekonomiska kunskapsunderlaget. Tillgängliga uppgifter bör läggas till i bedömningstabellen.
- Bland vuxna nyanlända är det fler som saknar immunitet mot varicella, än bland vuxna uppvuxna i Sverige.
- Att varicellavaccinet skulle leda till en permanent, latent infektion med risk för zoster bedömdes vara en etisk problematik. Problematiken är densamma även om samma antal personer drabbas av zoster som en följd av vaccinationen, som annars hade fått det på grund av infektionen, eftersom zoster efter vaccination skulle vara iatrogen. Risken för zoster efter vaccination antogs dock vara mindre, på grund av det försvagade viruset i vaccinet. Risken för zoster kan leda till låg acceptans för ett vaccinationsprogram.
- Nuvarande vacciner har olika skyddseffekt: omkring 95% mot varicella, men endast omkring 60% mot zoster.
- Postherpetisk neuralgi, snarare än zoster, är dock främsta anledningen till vaccination av äldre. Eftersom denna komplikation framförallt drabbar äldre som inte är yrkesverksamma, kommer vaccination troligtvis inte vara samhällsekonomiskt lönsamt.
- Vaccination kan även minska risken för stroke.
- En internationell multicenterstudie av vaccination mot varicella i olika kombinationer med MPR-vaccination och med 8-10 års uppföljning kommer att avslutas våren 2017, vilket kan ge underlag för en utredning avseende möjligheten att kombinera vaccinet inom befintligt program.

Prioritering vid nästa möte

Det finns behov av att prioritera mellan följande utredningar:

- Allmän vaccination av barn mot varicella, samtidigt som särskild vaccination av äldre mot herpes zoster
- Ändrad tidpunkt för första dosen HPV-vaccin
- Särskild vaccination av personer boende i eller som vistas mycket i områden med hög förekomst av fästingburen encefalit (TBE)
- Allmän vaccination av barn mot influensa
- Vaccination mot meningokocker
- Särskild vaccination mot hepatit A av barn med ökad risk
- Allmän vaccination av barn mot tuberkulos
- Ändrat schema (tidpunkt) för vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och HiB
- Allmän vaccination av vuxna mot mässling, påssjuka och röda hund

(De tre sistnämnda tillfördes listan sedan föregående möte, efter synpunkter från olika organisationer och föreningar.)

Referensgruppen föreslog att endast en eller två utredningar skulle prioriteras vid nästa möte, särskilt med hänsyn till den nya processen. Diskussionerna kunde också med fördel fokuseras på ett begränsat antal av smittskyddsförordningens tretton kriterier, förläggas på förmiddagen eller ges betydligt mer tid. Gruppen emotsåg en återkoppling om vilken ny information relaterat till sjukdomarna på prioriteringslistan som tillkommit sedan föregående möte, genom gjorda utredningar eller vetenskapliga studier.

Information från respektive organisation

Nordiskt samarbete och studie kring ospecifika hälsoeffekter av vaccinationsprogram

Vaccin kan påverka sjuklighet och dödlighet även i sjukdomar som vaccinet inte är riktat mot. Detta har visats framförallt i vaccinstudier genomförda i utvecklingsländer. I höginkomstländer saknas stöd för en sådan effekt. SAGE har förordat att fler studier av detta genomförs.

Genom att de nordiska länderna har liknande, men ändå olika vaccinationsprogram, som dessutom har förändrats genom åren, samt vaccinregister med möjlighet till registerlänkning genom unika personnummer finns möjlighet att genomföra sådan studier.

Statens Seruminstitut har tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Folkehelseinstituttet i Norge och Institutet för hälsa och välfärd i Finland lämnat in en ansökan till Nordforsk för att få medel för sådana studier.

HPV vaccinationstäckning

Vaccinationsstatistik för HPV-vaccination presenterades. Andelen flickor födda 2002 respektive 2003 med minst en registrerad dos av HPV-vaccin i det nationella vaccinationsregistret var omkring 80 procent, med liten spridning mellan länen. Variation mellan kommunerna är större.

Folkhälsomyndigheten kommer först att kvalitetssäkra data för att upptäcka eventuella brister i rapporteringen och därefter initiera ett projekt för att undersöka vilka grupper som avstår från vaccination.

Informationsmaterial riktade till barn om vaccinationer

Behovet av informationsmaterial om vaccinationer som riktar sig till barn lyftes. I dagsläget finns det lite på Rikshandboken respektive hos barnhälsovården, men det skulle behövas mer material, t.ex. riktat till 5-åringar och till flickor inför HPV-vaccination.

Information som riktar sig till befolkningen bör finnas tillgängligt hos 1177 Vårdguiden. Folkhälsomyndigheten utreder i dialog med 1177 Vårdguiden vem som kan ta fram sådant material respektive hur det ska tillgängliggöras. För att nå barn och ungdomar kanske det är mer lämpligt med sociala media eller appar, än information på en hemsida eller ett faktablad.

Skillnad i riktlinjer

Rikshandboken för barnhälsovård rekommenderar ett annat tidsintervall mellan administrering av två levande vacciner än Folkhälsomyndigheten, baserat på riktlinjer från Storbritannien. Folkhälsomyndigheten ska utreda frågan.

Rekommendationer om förebyggande av meningokockinfektion

Folkhälsomyndigheten är i slutskedet med arbetet med nya rekommendationer om förebyggande av meningokockinfektioner. De omfattar inte några ändringar avseende postexpositionspylax, men däremot har riskgrupper som rekommenderas vaccinationer lagts till, samt vilken typ av vaccin som respektive grupp rekommenderas. Rekommendationerna har tagits fram i samarbete med externa experter och granskats av några smittskyddsläkare.

Revidering av nationell handlingsplan för att hindra spridning av mässling och röda hund

Folkhälsomyndigheten presenterade arbetet med att revidera den nationella handlingsplanen för att hindra spridning av mässling och röda hund. Revisionen har sin bakgrund i att ansvaret för handlingsplanen övergick till Folkhälsomyndigheten från Socialstyrelsen den 1 juli 2015, det finns ett behov av att uppdatera lägesbilden och åtgärdslistan samt förankra uppgifterna med berörda organisationer. Ett utkast har tagits fram med en ny struktur och åtgärder som syftar mot målen:

1. Bibehålla hög befolkningsimmunitet
2. Upptäcka fall tidigt
3. Hindra smittspridning
4. Upprätthålla kunskap om sjukdomar och vaccin

5. Ta fram och sprida ny kunskap

Nästa steg blir att granska utkastet internt och därefter externt. Målsättningen är att alla parter ska kunna enas om lägesbild och problemområden, samla åtgärdsförslag och förankra dessa inom berörda organisationer, om möjligt med tidsplan.

Nästa möte:

Nästa möte kommer att förläggas i mars eller april. En enkät kommer att skickas ut med förslag på datum.