
Vaksinasjonsprogram for voksne

LEDER

PREBEN AAVITSLAND

preben@epidemi.no

Preben Aavitsland er kommuneoverlege i Arendal og Froland og overlege ved Folkehelseinstituttet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har deltatt i Folkehelseinstituttets utredning av voksevakinasjonsprogrammet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og er leder for Smittevernlegene.

Barnevaksinasjonsprogrammets suksess i å redusere sykdomsbyrden av smittsomme sykdommer bør inspirere til et tilsvarende program for voksne.

I en gjennomsnittlig influensasesong oppsøker et par prosent av befolkningen lege for sykdommen, 2 500 blir innlagt i sykehus (1), og overdødeligheten under sesongen er nær 1 000 personer (2). Eldre er som regel mer utsatt for komplikasjoner, og dermed vil eldrebølgen forverre bildet. Selv om influensavaksinasjon bare gir måtelig og varierende beskyttelse, kan bedre oppslutning hos eldre og kronisk syke redusere sykdomsbyrden.

Pneumokokkvaksinasjon kan også bidra (3).

Denne vinteren har minnet oss om at meslinger langt fra er utryddet i Europa og at det stadig er fare for importtilfeller (4). Flokkbeskyttelse hindrer at viruset igjen etablerer seg og sirkulerer i landet, men det forutsetter en høy andel immune, iallfall over 90 %, jevnt fordelt i befolkningen (5). Det betyr at nye barnekull, etternølere og innvandrere må vaksineres. Det samme gjelder vaksinasjon mot poliomyelitt.

«Flokkbeskyttelse hindrer at viruset igjen etablerer seg og sirkulerer i landet, men det forutsetter en høy andel immune»

Vaksinasjonsprogrammet mot kikhoste skal beskytte de barna som kan dø av sykdommen, nemlig spedbarna. Det kan skje gjennom høy vaksinasjonsdekning ved 3, 5 og 12 måneders alder og ved flokkbeskyttelse. De

siste 20 årene har vi igjen opplevd en høyere forekomst av kikhoste med noen få tusen tilfeller i året (6), i hovedsak hos ungdom og voksne. Dermed er de minste barna utsatt for økt smittepress. Siden den vaksineinduserte immuniteten forsvinner over tid, er gjentatte doser hos sjuåringer, 15-åringer og voksne viktig for å opprettholde individuell immunitet og flokkbeskyttelse.

Vaksinasjon av voksne er det i hovedsak leger ved fastlegekontorer, vaksinasjonskontorer, flyktningehelsekontorer og kommunelegekontorer som står for. For publikum kan ordningen fremstå som fragmentert. Vaksinasjon blir opp til den enkelte, og da kan det oppstå ulikheter ut ifra individenes sosiale, økonomiske og geografiske forhold.

Dette er bakgrunnen for at Folkehelseinstituttet har sendt Helse- og omsorgsdepartementet et forslag om et vaksinasjonsprogram for voksne med mål om bedre og likere etterlevelse av vaksinasjonsanbefalingene, tydeligere ansvarsfordeling, effektiv logistikk og kostnadseffektive innkjøp av store kvanta.

Forslaget trekker lærdom fra barne- og influensavaksinasjonsprogrammene. Det er i første omgang tenkt å omfatte vaksinasjon av kronisk syke, eldre og helsepersonell mot influensa og eldre mot pneumokokksykdom, vaksinasjon av alle med usikker immunstatus (herunder nyankomne innvandrere) mot difteri, stivkrampe, kikhoste, polio, meslinger, kuma og røde hunder (to kombinasjonsvaksiner, DTP-IPV og MMR) samt gjentatt vaksinasjon av alle voksne hvert tiende år mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (én kombinasjonsvaksine, DTP-IPV).

Folkehelseinstituttet er tiltenkt ansvaret for å utforme programmet, gi råd til vaksinatørene og publikum, kjøpe inn og distribuere vaksiner og følge opp vaksinasjonsdekning og sykdomsforekomst. Kommunene skal sørge for at utvalgte vaksinetilbydere identifiserer, informerer og vaksinerer personer i målgruppene, og de skal motta, mellomlagre og videredistribuere vaksiner.

Forslaget er nå til behandling i departementet, som må vedta programmet og søke Stortingets tilslutning for finansiering. To spørsmål står sentralt i departementets overlegninger: Hvem skal vaksinere, og hvem skal betale? I utredningen drøftes ulike alternativer. Dette fremstår som det klart beste:

1. Fastlegene er de naturlige vaksinatørene. De dekker så å si hele befolkningen, har et helhetlig medisinsk ansvar for pasientene og har erfaring med influensavaksinering av hundretusener av nordmenn hver høst. Fastlegene har også tilgang til pasientenes sykehistorie og kan enkelt journalføre vaksinasjonen. Folkehelseinstituttets spørreundersøkelse viste at folk i alle aldersgrupper klart ville foretrekke vaksinering hos fastlegen fremfor på helsestasjonen, arbeidsplassen eller apoteket (4). Forebygging av smittsom sykdom ved vaksinasjon bør være like naturlig for fastlegene som forebygging av hjerte- og karsykdom gjennom behandling av høyt blodtrykk. Så bør nok kommunene etter lokale behov kunne velge å supplere med andre vaksinatører, som vaksinasjonskontor og flyktningehelsekontor.

2. Egenbetalingen bør være null eller svært lav. Slik unngår man at trang økonomi blir et hinder for folk. Begrunnelsen for offentlig subsidiering er at vaksinasjon har et dobbelt formål, både individuell beskyttelse og

flokkbeskyttelse. Denne tankegangen ligger også til grunn for smittevernlovens bestemmelser om gratis tiltak for en rekke tjenester ved allmennfarlige, smittsomme sykdommer.

Vaksinene bør betales av staten, som i barnevaksinasjonsprogrammet. Da slipper man å bygge opp systemer for oppgjør og kontroll. For å redusere svinn bør kommunene få ansvar for å bestille vaksiner til én sentral og derfra fordele til vaksinatørene etter behov, slik det gjøres med influensavaksiner nå. Selve vaksineringsen bør honoreres gjennom refusjon fra HELFO til fastlegene og leger i kommunale kontorer, eventuelt med en liten egenandel.

LITTERATUR

1. Hauge SH, Bakken IJ, de Blasio BF et al. Burden of medically attended influenza in Norway 2008-2017. *Influenza Other Respir Viruses* 2019; 13: 240–7. [PubMed][CrossRef]
2. Gran JM, Kacelnik O, Grjibovski AM et al. Counting pandemic deaths: comparing reported numbers of deaths from influenza A(H1N1)pdm09 with estimated excess mortality. *Influenza Other Respir Viruses* 2013; 7: 1370–9. [PubMed][CrossRef]
3. Moberley S, Holden J, Tatham DP et al. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1: CD000422. [PubMed]
4. World Health Organization. Measles in Europe: record number of both sick and immunized. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/measles-in-europe-record-number-of-both-sick-and-immunized> (24.4.2019).
5. Fine PE. Herd immunity: history, theory, practice. *Epidemiol Rev* 1993; 15: 265–302. [PubMed][CrossRef]
6. Kikhoste (pertussis) – veileder for helsepersonell. I: Smittevernveilederen. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/kikhoste-pertussis---veileder-for-h/> (24.4.2019).

Publisert: 20. mai 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0281
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.