

Saksliste	Referansegruppe for nasjonale vaksinasjonsprogram
Dato	Torsdag 13. juni 2024, kl.13.00 – 15.30
Sted	Digitalt på Teams
Innkalling	
Medlemmer i referansegruppen	
<p>Claus Klingenberg, Norsk barnelegeforening Kristin Greve-Isdahl Mohn, Norsk forening for infeksjonsmedisin Veselka Petrova Dimova-Svetoslavova, Norsk forening for medisinsk mikrobiologi Elena Danilova, Forening for immunologi og transfusjonsmedisin Hege Kristin Aune Jørgensen, Norsk samfunnsmedisinsk forening Mone Tshahi Kildal, Norsk sykepleieforbund landsgruppen av helsesykepleiere Tricia Larose, Norsk forening for epidemiologi David Benee Olsen, Statens legemiddelverk Kristin Skullerud, Helsedirektoratet Ellen Furusest, Folkehelseinstituttet</p>	
Varamedlemmer	
<p>Cecilie Ruud Dangmann, Norsk sykepleieforbund landsgruppen av helsesøstre Ingebjørg Skrindo, Helsedirektoratet Berit Feiring, Folkehelseinstituttet</p>	
Ikke tilstede	
David Benee Olsen, Ellen Furusest, Elena Danilova, Ingebjørg Skrindo	
Sekretariat	
<p>Marianne A Riise Bergsaker (møteleder) Folkehelseinstituttet Hilde Bakke, Folkehelseinstituttet Sara Viksmoen Watle, Folkehelseinstituttet Ivar W. Grosvold, Folkehelseinstituttet Ingeborg Aaberge, Folkehelseinstituttet</p>	
Spesielt invitert:	
Ingun Tveteraas, Joakim Øverbø, Hanne Nøkleby, Kjersti M Rydland, Are S Berg	
Velkommen v/møteleder Marianne A Riise Bergsaker	
Saker	
Sak 1/24	Referat fra møtet 19.10.23 ble godkjent (godkjent pr epost tidligere)
Sak 2/24	Ingen kommentarer til innkallingen
Sak 3/24	Vurdering av habilitet: ingen hadde noe å melde inn til de aktuelle sakene
Sak 4/24	<p>Varicella og HZ vaksine/ vaksinasjon: Anbefaling for bruk i program. v/ Ingun Tveteraas</p> <p>Varicella vaksine/vaksinasjon: Arbeidet med metodevurderingen pågår fortsatt. Etter gjennomgang av litteratur og sammenstilling av effektdata ser det ut til at én vaksinedose har god effekt mot moderat og alvorlig vannkoppesykdom, mens to doser også</p>

	<p>gir god beskyttelse mot all vannkoppesykdom, og vil dermed kunne gi bedre flokkeffekt.</p> <p>Varicella vaksine (V) kan gis som en egen vaksine eller i kombinasjon med MMR (MMRV). I studier er det vist at når MMRV gis som første dose til spedbarn, er risiko for feberkramper omtrent dobbelt så stor som dersom første dose gis som to separate injeksjoner (MMR+V), med omkring 4 ekstra tilfeller/10 000 doser. Det er gjort modellering som bl.a. viser at det kan bli en midlertidig lett økning av varicellatilfeller når to doser uten catch-up gis, mens ved catch-up opptil 7 års alder vil denne «rebound» effekt forsvinne. Det har vært bekymring for at det ved varicella vaksinerings, vil bli manglende exogen boosting og at det igjen kan føre til økning av herpes zoster. Flere studier fra USA der de har brukt varicella vaksine i mange år, viser at det har vært en økende forekomst av herpes zoster over tid, men denne økningen ser ut til å ha begynt før varicellavaksine ble introdusert i program. Økning ser ikke ut til å ha blitt større etter innføring av varicellavaksine, og det kan se ut til at den er i ferd med å flate ut.</p> <p>Sverige har nå utarbeidet forslag som er på høring: Innføring av varicellavaksine i barnevaksinasjonsprogrammet med dose en ved 18 mndrs alder (samtidig med MMR som gis ved 18 måneder i Sverige) og dose 2 ved 7 års alder. De anbefaler også catch up for de som ikke har hatt vannkopper opptil 18 års alder.</p> <p>Ekspertgruppen ved FHI foreslår at dersom vaksine mot vannkopper skal innføres i det norske barnevaksinasjonsprogrammet (BVP), bør første dose tilbys som monovalent vaksine V ved 15. mndrs alder, gitt samtidig som MMR og dose to som enten monovalent vaksine V eller MMRV ved 7 års alder samtidig med DTP-IPV. Dersom andre dose tilbys som MMRV, innebærer det at andre dose MMR blir fremskyndet til 7 års alder. Det foreslås en catch-up opptil 13-15 års alder. En catch-up kan gjennomføres ved at man spør foreldre om barnet har hatt vannkopper, og tilbyr vaksine der svaret er nei eller vet ikke.</p> <p>Det ønskes innspill fra referansegruppen på dette forslaget både om innføring i BVP, catch-up, tidspunkt og om det er behov eller ønskelig med holdningsundersøkelse.</p> <p>Kommentarer</p> <p>Det var litt ulike meninger om behov for holdningsundersøkelse. Hvis det er tid til /mulig å gjøre holdningsundersøkelse, kan det være nyttig. Det ble påpekt at «vaksinertethet» først og fremst gjelder voksne og ikke er knyttet til BVP. Det er stor pågang av foreldre som ønsker varicellavaksine til sine barn. Gravide er nå opptatt av mulig smitte i barnehagen. Det kan være greit å ha mulighet til å sette separate vaksiner (MMR+V) da en del fortsatt er skeptiske til MMR vaksine. Det er imidlertid fordel med ett stikk hvis man gir kombinasjon MMRV. Dette er spesielt aktuelt ved 2. dose. Separate vaksiner</p>
--	---

	<p>kan også innebære at flere velger bort MMR fordi de synes to stikk er for mye, og de har et nærere forhold til vannkoppesmitte. Dette er ikke en ønskelig situasjon med tanke på risiko for meslingutbrudd. Feberkramper er relativt vanlig forekommende blant små barn og ytterligere risiko ved kombinasjon MMRV bør ikke gis for stor betydning. Kan være utfordrende med to stikk i 2.klasse hvis MMRV eller V skal gis samtidig med DTP-IPV fordi det for mange blir barnets første kontakt med skolehelsetjenesten. Dette kan også medføre at noen bare velger den ene vaksinen.</p> <p>Herpes zoster vaksine/vaksinasjon:</p> <p>Shingrix er en rekombinant vaksine (ikke-levende) hvor det gis to doser. Vaksinen har god effekt som varer lenge. Zostavax er en levende vaksine som gis som en dose. Data fra studier har vist høyere effekt mot forekomst av herpes zoster etter vaksinasjon med Shingrix enn etter vaksinasjon med Zostavax, og effekten ser ut til å vare betydelig lenger.</p> <p>Det ønskes innspill på om vaksinen bør anbefales innført for alle, til bestemte aldergrupper og om det bør være catchup.</p> <p>Kommentarer. Vaksinen er dyr – men kan den likevel anbefales? Det er veldig viktig å informere at vaksine mot herpes zoster er en god vaksine som er tilgjengelig. Etterspørselen er økende fra rundt 70 år, ofte har det vært noen bekjente som har hatt herpes zoster. Det er kreative løsninger slik som at barn kjøper vaksinen til sine foreldre i jule- eller bursdagspresang.</p> <p>Alder ved vaksinerer kan være viktig for å få best mulig effekt, dvs at man f. eks vaksinerer ved 65 års alder. I tillegg vil det være lik anbefalt alder som for influensa og pneumokokkvaksine som underletter kommunikasjon og administrasjon.</p> <p>Er det et alternativ at den kan fås på blå resept? Da vil det i så fall være på medisinsk indikasjon. De som har frikort, vil da slippe å betale for vaksinen.</p>
<p>Sak 5/24</p>	<p>Voksenvaksinasjonsprogram: For hvem? Hvilke vaksiner bør inngå i program? Hvordan skal betaling/ gratis vaksine vektlegges? Hvor bør vaksinasjon utføres? v/ Kjersti M Rydland</p> <p>FHI startet arbeid med Voksenvaksinasjonsprogram i 2016 etterfulgt av en stor utredning i 2018 etter oppdrag fra HOD. Senere har det vært diverse tilleggsoppdrag knyttet til dette.</p> <p>Et voksenprogram vil bidra til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gi rettigheter for befolkningen og plikter for kommunene

- Vaksineanbefalingene blir tydeligere og med klare mål
- Mulighet å standardisere påminnelser om vaksinebehov for definerte målgrupper
- Tilgjengelighet til vaksinasjonstilbud blir likere
- Offentlig finansiering av vaksiner og vaksinasjon vil bidra til økt etterspørsel, men er ikke en nødvendig forutsetning
 - Mulig å anbudsutsette vaksineinnkjøp – med mulighet for rimeligere pris
 - Lav pris viktig for likest mulig tilgang
- Beredskap - gode vaksineplattformer er gode å ha også i krise

Det er foreslått at et voksevakinasjonsprogram bør inneholde influensavaksine, koronavaksine og pneumokokkvaksine. Etter hvert kan det også bli aktuelt med Herpes zoster vaksine og RSV vaksine og evt andre nye vaksiner.

I tillegg foreslås difteri stivkrampe kikhoste og polio (DTP - polio) hvert 10. år samt meslingvaksine til uvaksinerte.

Det kan også være aktuelt med noen vaksiner på medisinsk indikasjon.

Det kan være ulike modeller for finansiering

- Tilsvarende som for barnevaksinasjonsprogrammet, dvs gratis (Kommunene får vaksinen gratis, FHIs kostand dekkes over statsbudsjettet)
- Tilsvarende som for influensavaksinasjonsprogrammet (pasienten betaler, kommunene får vaksine til selvkost, vaksinatørene tar gebyr for å sette vaksinen).
- Finansieringsløsninger kan også være noe mellom disse alternativer

Det vil være utgifter knyttet til drift av program og til overvåking av dekning og sykdomsforekomst. I tillegg må man vite om sykdomsforekomst før evt vaksine tas inn i program.

Det ble ikke tid til å diskutere noe rundt «hvor bør vaksinasjon utføres». Innspill til dette kan gjerne gis på epost.

Kommentarer

Hva tenker befolkningen om et voksevakinasjonstilbud med litt finansiering?

Spørsmål om noe av finansiering løses med frikort – det vil bidra til likhet. For at frikort skal gjelde må imidlertid vaksinen inn på blåresept slik det er i dag.

Kostnad er et viktig poeng, og det bør i alle fall være samme pris for å sette vaksinen overalt.

	<p>Internasjonal etterspørsel er viktig for pris på vaksinen og dersom det er mer enn en produsent vil det øke konkurransen. Ved estimering av pris på vaksiner tas utgangspunkt i maks pris. Det er først etter inngått kontrakt med leverandør at endelig pris foreligger, men man kan legge fiktive vaksinepriser basert på ulike prosentvise avslag i pris inn i modelleringer og kost/nytte analyser.</p> <p>Det er viktig å få på plass et voksevakinasjonsprogram for pneumokokkvaksine og DTP- polio.</p> <p>Det er viktig å få fram faglige helseaspekter ved et vaksinasjonsprogram – det er en politisk avgjørelse om det er penger til det eller ikke.</p>
Sak 6/24	<p>Oppdatering om samarbeidet med DMP v/ Are S. Berg og Ivar W. Grosvold</p> <p>Fra 1. januar 2024 er det blitt noen endringer i forhold til oppgaver og ansvar for FHI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innkjøp av vaksiner foregår nå med et samarbeid mellom DMP (Direktoratet for medisinske produkter), Sykehusinnkjøp, Helsedirektoratet og FHI. Ved anbud/innkjøp etableres en spesialistgruppe med representanter fra FHI og DMP samt en observatør fra Hdir. • Ansvar for metodevurderinger ligger nå hos DMP. Det etableres samarbeidsmøter mellom DMP og FHI. FHI vil fortsatt ha en viktig rolle i delene av metodevurdering som ikke innebærer kunnskapsoppsummering og helseøkonomiske analyser. FHI har også ansvar for referansegruppen, og FHI gir anbefaling til HOD ang vaksine inn i program.
Eventuelt	<p>Forebygging av RSV til nyfødte med medisinsk indikasjon: Det er viktig å få på plass at Nirsevimab (Beyfortus) kan erstatte Palavizumab (Synagis) da Nirsevimab er enklere å bruke og varer lenge (tilstrekkelig med en injeksjon pr sesong).</p>