

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.: 24/4862

Vår ref: HSAK202500517

Dato: 27-03-2025

Høringsuttalelse - Forslag til endringer i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram mv. (Voksenvaksinasjonsprogram)

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til Høringsnotat – Forslag til endringer i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram mv. Høringsuttalelsen er behandlet i Legeforeningens fagstyre.

Legeforeningen mener:

- Det er svært positivt at Voksenvaksinasjonsprogrammet er i gang. Målet er å bedre folkehelsen gjennom bedre oppslutning om vaksinasjonsanbefalinger.
- Alle vaksinene i Voksenvaksinasjonsprogrammet burde være gratis/full refusjon uten egenandel.
- Vaksiner er et av de mest effektive forebyggende tiltakene vi har. Ved å begrense smitte i den ene enden, sørger vi for et lavere trykk på helsetjenesten i den andre.
- Forskriftsendringen det legges opp til må være første steg i retning av et mer omfattende program som sikrer høyere vaksinasjonsdekning.
- Kommunenes ansvar for vaksinerings må administreres bedre, gjøres mindre byråkratisk, og mer forutsigbart for alle parter.
- Vaksine mot kikhoste-, herpes zoster- og RS-virus bør inngå i en utvidelse av programmet.
- Et riktig program kan være med på å utjevne sosiale helseforskjeller. Ingen egenbetalingsandel og målrettet tiltak mot risikogrupper bør inkluderes i en videreutvikling av programmet.

Legeforeningen vil gi honnør til Helse- og omsorgsdepartementet for arbeidet med voksenvaksinasjonsprogrammet. Vi mener programmet er et av de aller viktigste individuelt forebyggende tiltakene vi kan gjennomføre. Høy vaksinasjonsdekning for ulike sykdommer vil gi god sykdomsforebygging og redusere risiko for sykdom og død, redusere forbruket av antibiotika, redusere behov for helsehjelp og belastningen på helsetjenestene og redusere sykefravær. Et program med de rette økonomiske insentivene for pasientene vil også kunne utjevne sosial ulikhet i helse.

Legeforeningen viser til at Folkehelseinstituttet (FHI) i en bekymringsmelding høsten 2024 skrev at mer enn 13.000 personer ble innlagt på norske sykehus på grunn av influensa- eller koronasykdom forrige vinter, samtidig som antall personer som tok vaksine mot de to sykdommene gikk ned (1).

Hvis staten dekker vaksinene, og oppslutningen øker, sparer vi sykehusinnleggelser som skyldes sykdommen i seg selv, reduserer antibiotika forbruk og annen behandling og oppfølging knyttet til komplikasjoner som hjerneslag og hjerteinfarkt. Beregninger fra Storbritannia viser at voksenvaksiner kan spare samfunnet 19 ganger så mye som vaksinen koster (2). Det er få investeringer som kan vise til en lik avkastning. Rask utbredelse av voksenvaksinasjon kan være et betydelig bidrag til å redusere presset på spesialisthelsetjenesten og sykefravær blant helsepersonell, og dermed korte ned på ventetider og redusere sykehusenes kostnader.

Luftveisinfeksjon er den nest vanligste årsaken til kontakt med fastlegen. Å spare enkeltpersonen og pårørende for alvorlig sykdom ved å vaksinere, og samtidig lette pågangen hos fastlege, legevakt og sykehus er et samfunnsmessig klokt og rimelig tiltak. Folk i risikogrupper opplever hver vinter at helsemyndighetene går ut i media om hvor viktig vaksinen er for den enkelte, og for å redusere overbelastningen av helsevesenet. Å gjøre vaksinene gratis ville gitt et tydeligere signal på hvor viktig vaksinasjon er for mange.

Sosiale forskjeller har betydning for helse og livsutsikter. Derfor er likebehandling, kanskje spesielt i helsetjenesten så viktig. Å skape et likeverdig tilbud for alle er et selvstendig argument for at vaksinene som inngår i vaksinasjonsprogrammene bør være gratis for innbyggeren.

Vaksinertretthet kan være årsak til lav vaksinasjonsdekning i den voksne befolkningen. Denne trenden ser vi ikke igjen i barnevaksinasjonsprogrammet. En vesensforskjell er at vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet er gratis. Sammenlignet med våre naboland er Norge alene om å kreve egenbetaling for influensavaksine for risikopasienter.

1. Kommunenes ansvar for vaksinering må administreres bedre

I punkt 4.1.1 kommer det klart fram at vaksinering er et kommunalt ansvar, og at kommunene står fritt til å organisere dette tilbudet slik det selv ønsker det. Det innebærer potensielt minst 357 forskjellige oppgjørsordninger. Den foreslåtte telleordningen framstår som unødvendig byråkratisk og arbeidskrevende for både kommunene og fastlegene.

Legeforeningen foreslår at organiseringen av egenbetaling gjøres med automatiserte oppgjør fra Helfo som ble gjort med V1-taksten for koronavaksinene under pandemien. Denne organiseringen var forutsigbar og enkel gjennomførbar for alle parter. Vi viser til tidligere sendte brev til HOD fra kommuner, Legeforeningen, KS og Apotekforeningen med begrunnelse for hvorfor denne løsningen bør velges.

-
1. Flere bør ta vaksine mot influensa, korona og pneumokokksykdom - FHI
 2. Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes - OHE

Legeforeningen har også noen spørsmål rundt rammefinansiering til kommunene. Hvis det legges til grunn en vaksinasjonsdekning på 47% for en flat kompensasjon til kommuner, vil kommuner som arbeider godt for å økt vaksinasjonsdekning få større reelle utgifter enn det de kompenseres for, og motsatt. Altså et negativt incitament for å øke vaksinasjonsdekningen i kommunen.

Legeforeningen vil videre vise til at holdninger til og oppslutning om anbefalte vaksiner påvirkes av hvordan tilbudet er organisert. Dette viser en ny kvalitativ studie fra FAFO, Institutt for Arbeidslivs- og Velferdsforskning og Folkehelseinstituttet (3).

Endringen av § 6, nytt andre ledd, andre setning skal lyde: "Kommunen skal sørge for at det fastsettes en vaksinasjonspris for influensa" foreslås endret til "Kommunen skal i samarbeid med de som skal vaksinere sørge for at det fastsettes en vaksinasjonspris for influensa". Legeforeningen vil påpeke at kommunene ikke ensidig kan fastsette en pris som gjør det ulønnsomt for private aktører å bidra i vaksineringen.

2. Voksenvaksinasjonsprogrammet bør utvides

Det gode argumenter for at voksenvaksinasjonsprogrammet bør breddes. Kommunene har i flere år hatt ansvar for å gi innbyggerne sine et korona- og influensavaksinasjonstilbud. I det foreslåtte voksenvaksinasjonsprogrammet er det kun pneumokokkvaksinen som legges til. Det er en vaksine som fastlegene har gitt tilbud om i mange år til risikogrupper, i tråd med beste faglige praksis. Følgende vaksiner bør vurderes inkludert i en utvidelse av programmet, etter en metodevurdering av Direktoratet for medisinske produkter:

2.1 Kikhoste

Sett i lys av den aktuelle kikhosteepidemien burde vaksine mot kikhoste også blitt prioritert i programmet. De fleste i aldersgruppen f.1960 vil være vaksinert mot kikhoste som barn gjennom barnevaksinasjonsprogrammet (DTP-vaksinen ble innført 1952), men årets epidemi har synliggjort at en re-immunisering er nødvendig. Utgiftene kikhosteepidemien har gitt i sykefravær, ville raskt vært inntjent, da dette er en vaksine vi allerede har en god pris på gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Å ha vaksiner i et program bidrar til at Norges innkjøp av vaksiner kan planlegges bedre. Da unngår vi – som vi gjorde i høst – å stå uten vaksiner mot kikhoste til befolkningen, samtidig som smittetallene er høye.

2.2 Respiratorisk-syncytialt virus (RSV)

Det mangler anbefalinger om RS-virus-vaksine til personer over 65 år, samt risikogrupper. RSV er vanlig i de nordiske landene, og kommer som regel i store og små utbrudd annet hvert år, altså hver vinter. RS-virussesongen er vanligvis fra november til mai. Hos friske voksne er infeksjonen vanligvis som en forkjølelse, men pasienter med alvorlig lungesykdommer (f. eks astma) har økt risiko for

3. [Oppslutning om vaksinasjon avhenger av organisering av tilbudet - FHI](#)

alvorlig sykdom. RSV kan føre til alvorlig sykdom især hos eldre og pasienter med risikofaktorer/immunsvikt. Vaksinasjon mot RSV vil kunne forebygge sykehusinnleggelser og alvorlig sykdom.

Legeforeningen vil vise til en retrospektiv studie fra Canada som viste at RSV infeksjon hos astma og KOLS pasienter førte til tre ganger økning i bruk av helsevesen (helsevesen/legevakt) (4). En annen retrospektiv studie viste at RSV infeksjoner er ansvarlig for cirka 10 % av sykehusinnleggelser hos pasienter med kroniske lungesykdommer og, sammen med influensa og parainfluensa virus er RSV ansvarlig for 75 % av alle virale infeksjoner som trengte sykehusinnleggelse (5).

RSV er ansvarlig for en betydelig andel av sykdomsforverring hos kronisk lungesyke pasienter, spesielt astmapasienter, som kan være mye yngre enn 50 år. Derfor bør RSV-vaksine bli tatt opp i voksevakinasjonsprogram for pasienter uavhengig av alder med alvorlig lungesykdom (f. eks. astma, KOLS eller lungefibrose).

2.3 Herpes zoster

Det mangler anbefalinger om vaksinasjon mot herpes zoster til personer over 65 år, samt risikogrupper. Herpes zoster er en vanlig årsak til sykdom hos eldre og kan føre til alvorlige komplikasjoner. Vi er kjent med at metodevurdering av herpes zoster vaksine er pågående til tross for at vaksinen har vært tilgjengelig i flere år. Herpes zoster vaksine bør raskt vurderes som del av voksevakinasjonsprogram når metodevurdering er ferdigstilt.

3. Vaksinasjon - sosiale helseforskjeller og risikopasienter

Sosiale forskjeller har betydning for helse og livsutsikter. Derfor er likebehandling, kanskje spesielt i helsetjenesten så viktig. Å skape et likeverdig tilbud for alle er et selvstendig argument for at vaksinene som inngår i vaksinasjonsprogrammene bør være gratis for innbyggeren.

Vaksinertetthet kan være årsak til lav vaksinasjonsdekning i den voksne befolkningen. Denne trenden ser vi ikke igjen i barnevaksinasjonsprogrammet. En vesensforskjell er at vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet er gratis. Sammenlignet med våre naboland er Norge alene om å kreve egenbetaling for influensavaksine for risikopasienter. Ved all vaksinerer er det viktig at vi har systemer som sikrer at alle får like godt tilbud, ikke bare de med høyest betalingsevne eller de som orienterer seg best i et marked. Lik tilgang til vaksiner, like kostnader samt høy kunnskap og kjennskap til vaksinasjonsbehov vil bidra til å utjevne forskjeller i samfunnet og dermed bedre helse til de som trenger det mest.

4. Moineddin R, Nie JX, Domb G, Leong AM, Upshur RE. Seasonality of primary care utilization for respiratory diseases in Ontario: a time-series analysis. BMC Health Serv Res 2008;8:160.

5. Glezen WP, Greenberg SB, Atmar RL, Piedra PA, Couch RB. Impact of respiratory virus infections on persons with chronic underlying conditions. JAMA 2000;283(4):499–505. [PubMed: 10659876]

Til punkt 4.1.2 så framstår det som merkelig at det er full egenbetaling av influensa og delbetaling for covid og pneumokokkvaksine, særlig siden man ikke har oppnådd vaksinasjonsdekning på 75% for influensa i målgruppene. Grunnen til denne forskjellen er det ikke gjort rede for. Legeforeningen ønsker en lik betaling for alle vaksinene i programmet, fortrinnsvis full refusjon.

Rus- og avhengighet

Spesiell oppmerksomhet må gis til denne gruppen pasienter. Legeforeningen har derfor et ønske om at pasienter med rusmiddelproblematikk defineres som risikopasienter, også de som er klart yngre enn 65 år, og det også om de ikke har klart definerte risikofaktorer utover rusproblematikken. Videre bør denne gruppen pasienter ikke belastes egenandeler ut fra at denne pasientgruppen statistisk sett har elendig økonomi, og erfaringsmessig i liten grad bruker ressurser på helsen.

4. Påminnelsesordning

Folkehelseinstituttet har i samarbeid med Norsk Helsenett og Helsedirektoratet, utredet muligheten for å etablere en påminnelsesordning for vaksinasjon. Folkehelseinstituttet anbefaler en ordning hvor det sendes påminnelser til personer 65 år og eldre som ikke er registrert med den årlige influensa- og/eller koronavaksinen i SYSVAK-registeret etter 15. november hvert år. Det er viktig at denne påminnelsen ikke sendes før man vet at årets influensavaksine er distribuert til alle landets kommuner.

Videre foreslår Folkehelseinstituttet at det sendes påminnelser til 65-åringer (årskullet født 1960) som ikke er registrert med pneumokokkvaksine (polysakkaridvaksine) de siste 6 årene i SYSVAK-registeret.

Ektefeller eldre enn 65 år, naboer, slektninger osv. vil ikke forstå hvorfor noen har fått påminnelse, men ikke dem selv. Folkehelseinstituttet har en tydelig medisinskfaglig anbefaling om vaksinasjon mot pneumokokksykdom for personer som er 65 år **og eldre**, og til yngre risikogrupper.

Legeforeningen mener påminnelsesordning bør inkludere alle pasienter som har indikasjon for vaksinasjon som del av voksevakinasjonsprogrammet, det vil si inkludere både over 65 år og risikogrupper, jf. kap. 5. Dette gjelder alle vaksiner. Legeforeningen støtter videre at det sendes en målretta SMS og ikke en generell SMS til alle. Vi støtter videre Helse- og omsorgsdepartementet vurdering av at samfunnsnyttene ved en påminnelsesordning som kan øke vaksinasjonsdekningen i befolkningen generelt, og sikre at alle de som ønsker å ta vaksine får mulighet til det, veier tyngre enn inngrepet i den enkeltes personvern.

Utviklingen av kommunikasjonsstrategi med målrettede tiltak for å sikre at informasjonen om voksevakinasjonsprogrammet og påminnelsesordningen når ut til alle i målgruppa er et viktig og vanskelig arbeid. Det må også sikres god informasjon til de som skal vaksinere. Legeforeningen anbefaler videre dynamisk purring på vaksinering mot influensa og covid, slik at pasientene ikke vaksineres for tidlig i sesongen slik at det kan utgjøre en risiko for sykdom om smittetoppen kommer sent på vinteren.

5. SYSVAK

Departementet foreslår som følge av foreslåtte påminnelsesordning en endring i forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften). Legeforeningen støtter forslaget.

6. Om endring av navn på sykdommen Mpox til M-kopper

Departementet foreslår også en forskriftsendringer for å endre navn på sykdommen Mpox til m-kopper. Departementet foreslår at navnet endres også offisielt ved at det gjøres navneendring i forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer, MSIS-forskriften og blåreseptforskriften. Det finnes en rekke andre sykdommer som ender på -kopper, og Legeforeningen støtter helt opp under denne navneendringen som allerede er tatt i bruk de fleste andre steder.

Legeforeningen ønsker Helse- og omsorgsdepartementet lykke til i det videre arbeidet med forskrift. Vi bidrar gjerne inn i en diskusjon om en videre utvidelse av Voksenvaksinasjonsprogrammet.

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Johan Georg Torgersen
Avdelingsdirektør

Gorm Hoel
spesialrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk