

Helse- og omsorgsdepartementet

[Adresse]

[Postnummer og sted]

[Land]

Att:

[xxxxxx]

Deres ref:

[xxxxxx]

Vår ref:

[xxxxxx]

Dato:

28.01.2026

ANBEFALING OM INNFØRING AV VANNKOPPEVAKSINE I BARNEVAKSINASJONSPROGRAMMET

FHI anbefaler at vaksine mot vannkopper innføres i Barnevaksinasjonsprogrammet.

Anbefalingen omfatter innføring med to vaksinedoser gitt ved 15 måneders alder og i andre klasse (ved 7 års alder). I tillegg anbefaler FHI i forbindelse med innføringen at det etableres et midlertidig opphentingsprogram med to doser vaksine mot vannkopper til ikke-immune barn fra 2 til 15 år. Som ikke-immune regnes barn som ikke har gjennomgått vannkoppesykdom eller tidligere er vaksinert. Vaksine kan der det er mulig tilbys i forbindelse med en allerede eksisterende konsultasjon på helsestasjon eller i skolehelsetjenesten.

Dersom det besluttes å innføre vannkoppevaksine i program, men det ikke innføres opphentingsprogram, kan det oppstå en situasjon hvor det blir en opphopning av ikke-immune tenåringer/unge voksne. Disse har høyere risiko for komplikasjoner av vannkopper enn yngre barn. Derfor anbefaler vi ikke at det innføres vaksine mot vannkopper uten et opphentingsprogram.

I forkant av en innføring, vil FHI kartlegge holdninger til et tilbud om vannkoppevaksine blant foreldre og helsepersonell, og eventuelt også blant barn i form av fokusgruppeintervju. Dette er viktig for å undersøke om det er sannsynlig å oppnå tilstrekkelig høy dekningsgrad for å sikre en vellykket innføring. Dette kan også ha betydning i forhold til om vannkoppevaksine bør tilbys som en enkeltkomponentvaksine eller kombinasjonsvaksine sammen med MMR. FHI planlegger oppstart av en slik kartlegging i 2026.

Det må utarbeides en detaljert tidsplan som tar hensyn til tiden det tar å gjennomføre nødvendige organisatoriske endringer samt informasjon og opplæring dersom vaksinen besluttes innført.

Begrunnelse for anbefalingen:

Vannkopper er en sykdom som de aller fleste barn får. Selv om sykdomsforløpet for de fleste er av mild til moderat karakter, forekommer alvorlige komplikasjoner som alvorlige hud og bløtvevsinfeksjoner, lungebetennelse og hjernebetennelse. Dødsfall forekommer sjelden. Komplikasjoner av vannkoppesykdom ses hyppigst ved infeksjon hos nyfødte, tenåringer, gravide,

voksne og hos personer med nedsatt immunforsvar. En betydelig andel av dem som legges inn i sykehus på grunn av vannkopper, vil ha underliggende sykdommer. Likevel vil de fleste som blir innlagt med vannkopper være barn som ellers er friske. Innføring av vannkoppevaksine i barnevaksinasjonsprogrammet vil kunne hindre alvorlige komplikasjoner og sykehusinnleggelse hos vaksinerte. Ved høy vaksinasjonsdekning (>90 %) vil dette også føre til flokkbeskyttelse for ikke-vaksinerte. Målet ved innføring i barnevaksinasjonsprogrammet vil være å hindre alvorlig sykdom, komplikasjoner og sykehusinnleggelse gjennom direkte beskyttelse hos vaksinerte og gjennom flokkbeskyttelse hos ikke-vaksinerte.

Ikke-immune personer med nedsatt immunforsvar er spesielt utsatt for alvorlig forløp og komplikasjoner av vannkoppesykdom, og dødsfall kan forekomme. Disse kan heller ikke selv ta vaksinen fordi vaksinen består av levende, svekket virus. Økende bruk av immunsupprimerende medikamenter mot en rekke kroniske sykdommer hos barn fører til at denne gruppen blir større, samtidig som det er svært utfordrende å beskytte immunsupprimerte barn mot en så smittsom sykdom. Ved å innføre vannkoppevaksine i barnevaksinasjonsprogrammet vil flere av disse barna være vaksinert mot vannkopper før de starter på immunsupprimerende behandling. I tillegg vil vaksinering av friske barn i stor grad redusere risikoen for smitte til sårbare grupper som ikke selv kan motta vaksinen. I dag får ikke-immune barn som bruker immunsupprimerende behandling gjentatte kurer med anti-virale midler hver gang de har vært utsatt for smitte. Ved innføring av vannkoppevaksine i barnevaksinasjonsprogrammet vil dette bli en betydelig mindre belastning for denne utsatte gruppen.

Etter gjennomgått vannkoppeinfeksjon ligger vannkoppeviruset «hvilende» i nerveknuter. Viruset kan reaktiveres og gi helvetesild. Dette skjer i økende grad når immunapparatet svekkes på grunn av alder, sykdom eller medikamenter. Immuniteten holdes sannsynligvis ved like både gjennom asymptomatisk reaktivering av det "hvilende" viruset (endogen boosting) og ved eksponering for viruset fra andre (eksogen boosting). Det har tidligere vært bekymring for at innføring av vannkoppevaksine i program ville føre til en stor økning i helvetesild fordi den eksogene boostingen forsvant. Nyere modelleringsstudier, som blant annet tar hensyn til i hvilken grad ulike aldergrupper (f.eks. småbarn og eldre) omgås, viser at denne økningen sannsynligvis er langt lavere enn antatt. Dette stemmer også bedre overens med det som er sett i land som har vaksinert mot vannkopper i mange år. FHI anser derfor ikke denne risikoen å være til hinder for innføring av vannkoppevaksine til barn. Studier viser at det er lavere forekomst av helvetesild hos vaksinerte enn hos personer i samme alder som har hatt vannkopper, og på lengre sikt vil vaksinasjon mot vannkopper sannsynligvis redusere risikoen for helvetesild betydelig.

De fleste bivirkninger etter vannkoppevaksine er milde og går over i løpet av noen få dager. Alvorlige bivirkninger forekommer, men er sjeldne. Det ser ut til at kombinasjonsvaksine/tetavalent vaksine (MMRV) gir en noe økt risiko for feberkramper dersom denne gis som første vaksinedose sammenlignet med separat vaksinasjon med monovalent vaksine (V) samtidig som MMR. Den økte risikoen er estimert å føre til 4 ekstra tilfeller av feberkramper per 10 000 vaksinedoser gitt. Feberkramper er vanlig i småbarnsalder. Bakgrunnsforekomsten er 2-4 % og er vanligst i 1-2 års alder.

Ved innføring må det oppnås minst 90 % vaksinasjonsdekning, og opphentingsvaksinasjon av ikke-immune i årskull der vaksinen ikke er en ordinær vaksine i programmet. Det er en bekymring for at en moderat dekningsgrad (mellom 30-80 %) over tid vil kunne føre til at vannkoppesykdom fortsatt sirkulerer i samfunnet. Da vil vannkopper i større grad vil ramme eldre barn og andre utsatte grupper (nyfødte, tenåringer, gravide og personer med nedsatt immunforsvar), med økt risiko for alvorlig sykdomsforløp. Både en økning i vaksinasjonsdekningen i begrensede områder opp mot 30 % før en eventuell innføring i programmet, ved at flere oppsøker lege for å få vaksinert egne barn, og en relativt lav dekningsgrad dersom ikke vaksinen i program oppnår tilstrekkelig høy oppslutning, er bekymringsfullt. I vår modellering ser det ut til at dekning under rundt 90 % på sikt kan føre til at sykdommen fortsatt sirkulerer i befolkningen. Vi bør derfor være sikre på at vi kan oppnå dekning over 90 % for to doser dersom vaksinen innføres i barnevaksinasjonsprogrammet. FHI planlegger å gjennomføre holdningsundersøkelser både i befolkningen og blant helsepersonell for å vurdere om det er sannsynlig at vi kan oppnå ønsket vaksinedekning, og for å planlegge den praktiske gjennomføringen på en best mulig måte. FHI mener også at å kartlegge holdninger før en eventuell innføring kan bidra til å opprettholde tillit til og oppslutning om de andre vaksinene i Barnevaksinasjonsprogrammet. Det er en økende uro rundt vaksineanbefalinger i enkelte land, som for eksempel USA, som gjør det særlig viktig å gjennomføre holdningsundersøkelse før en innføring.

Resultatene av den helseøkonomiske analysen viser at tilbud om to doser vannkoppevaksine i program, og opphentingsprogram med to doser, trolig er kostnadseffektivt sammenliknet med dagens ordning uten vaksine i program. Det er kostnadseffektivt både i et helsetjenesteperspektiv og i et utvidet helsetjenesteperspektiv, selv ved full listepreis. I et samfunnsperspektiv gir to doser vannkoppevaksine mer helse og er samtidig kostnadsbesparende. Det finnes både enkeltkomponent (V) og kombinasjonsvaksine (MMRV) mot vannkopper. Per i dag er kun enkeltkomponentvaksine markedsført i Norge. De helseøkonomiske beregningene tar utgangspunkt i disse prisene, og resultatene vil endres noe dersom kombinasjonsvaksinen blir tilgjengelig i Norge. Det er ikke ventet at dette vil utgjøre en stor prisforskjell.

Vannkoppevaksine er inkludert i barnevaksinasjonsprogram i over 40 land. Island og Finland har hatt vaksinen i program siden 2017 og 2020. Sverige besluttet høsten 2025 at vaksinen skulle tas inn i barnevaksinasjonsprogrammet fra 2027. Både i Finland og i Sverige har det i forbindelse med innføringen, blitt etablert/anbefalt opphentingsprogram; i Finland opp til 12 år og i Sverige opp til 18 år. Danmark har foreløpig ikke vurdert innføring av vannkoppevaksine i barnevaksinasjonsprogrammet.

Faglig referansegruppe for nasjonale vaksinasjonsprogram støtter anbefaling om innføring av vannkoppevaksine i Barnevaksinasjonsprogrammet.

Vedlagte metodevurdering inneholder resultatene av et systematisk litteratursøk, sykdomsbyrdevurdering, helseøkonomiske analyser og modelleringer.

Vennlig hilsen

Preben Aavitsland
Fungerende områdedirektør

Siri Helene Hauge
Avdelingsdirektør