

Saksliste	Faglig referansegruppe for nasjonale vaksinasjonsprogram
Dato	Onsdag 18.06. 2025, kl.14.00 – 16.30
Sted	Digitalt på Teams
Innkalling	
Medlemmer i referansegruppen	
Claus Klingenberg, Norsk barnelegeforening Kristin Greve-Isdahl Mohn, Norsk forening for infeksjonsmedisin Veselka Petrova Dimova-Svetoslavova, Norsk forening for medisinsk mikrobiologi Elena Danilova, Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin Hege Kristin Aune Jørgensen, Norsk samfunnsmedisinsk forening Bård Reiakvam Kittang, Norsk forening for geriatri Mone Tshai Kildal, Norsk sykepleieforbund landsgruppen av helsesykepleiere Tricia Larose, Norsk forening for epidemiologi Sara Sofie Viksmoen Watle, Direktoratet for medisinske produkter Kristin Skullerud, Helsedirektoratet Ellen Furuseth, Folkehelseinstituttet	
Varamedlemmer	
Inger Johanne Bråten, Norsk sykepleieforbund landsgruppen av helsesøstre Ingebjørg Skrindo, Helsedirektoratet Berit Feiring, Folkehelseinstituttet	
Sekretariat	
Marianne A Riise Bergsaker (møteleder), Folkehelseinstituttet Hilde Bakke, Folkehelseinstituttet Jacob D Berild, Folkehelseinstituttet Olaug Sveinsgjerd Fenne, Folkehelseinstituttet Ingeborg Aaberge Folkehelseinstituttet	
Spesielt invitert:	
Yngvild Emblem Bentsdal, Margrethe Greve-Isdahl, Hanne Nøkleby, Fredrik Skår, Kjersti M Rydland, Svein Rune Andersen, Ingvild Fjellheim og Bjørg Abotnes	
Ikke til stede:	
Elena Danilova, Hege Kristin Aune	
Saker	
Sak 1/25	Referat fra møte 11.12.24 har blitt godkjent pr epost.
Sak 2/25	Innkallingen godkjenning, ingen saker til evt.
Sak 3/25	Vurdering av habilitet. Det ble kommentert at noen av medlemmene i referansegruppen av og til blir kontaktet direkte av firmaer. Navn på medlemmene ligger ute på www.fhi.no , men det ikke står ikke kontaktinfo der. Det ble diskutert litt rundt det, og det kom frem at det er ønske at medlemmene kan henvise til kontaktperson i sekretariatet hvis det er aktuelt. Det har vært en epost adresse tidligere. Sekretariatet undersøker og gir tilbakemelding når epost adresse eller annen kontaktinfo er aktivert.
Sak 4/25	RSV – vaksine/ langtidsvirkende antistoff rettet mot spedbarn. Hvordan vurderer medlemmene den nåværende ordlyden til FHI?? v/ Jacob Berild.

	Det ble gitt en kort bakgrunn knyttet til forebygging av RSV infeksjoner hos spedbarn. 13-21/100 000 spedbarn under ett år legges inn i årlig pga RSV infeksjon. Det er økt risiko for alvorlig infeksjon hos premature. Selv om RSV infeksjon er en hyppig årsak til innleggelser hos spedbarn, er det få dødsfall. Det finnes ulike forebyggende tiltak: Maternell vaksinasjon (Abrysvo, RSVpreF Pfizer) og monoklonalt antistoff gitt til spedbarn (Beyfortus, nirsevimab Sanofi/AstraZeneca). Enkelte land har innført tilbud om maternell vaksinasjon (bl.a. USA, UK, Argentina og Frankrike. Danmark innfører trolig maternell vaksinasjon, men finansiering er ikke avklart). Andre land har tilbud om monoklonalt antistoff til nyfødte (bl.a. USA, Spania, Tyskland og Finland). Både maternell vaksinasjon og monoklonalt antistoff har vist gode resultater for å forebygge RSV infeksjon hos spedbarn. Beyfortus gis fra fødsel, men produktet er ikke tilgjengelig i Norge for salg. Abrysvo er tilgjengelig for salg i Norge. I Norge pågår en metodevurdering for Nirsevimab (Beyfortus), men det vil ta tid før den er ferdig og har blitt vurdert av HOD. Det er nye produkter under utvikling og utprøving både nytt monoklonalt antistoff og ny vaksine for maternell vaksinasjon. WHO har nylig gitt ut et «position paper» som konkluderer med at alle land bør introdusere produkter for å forebygge RSV infeksjon hos små barn. FHI skriver i vaksinasjonshåndboka at «Abrysvo kan vurderes til gravide». Under diskusjon ble det fremhevet at det er vanskelig for klinikere å forholde seg til en slik formulering. Det ble påpekt at Norge henger etter når det gjelder forebygging av RSV infeksjon hos spedbarn. Vi er omtrent det eneste landet i Europa som ikke har en klar anbefaling. Jordmødre blir ofte spurt, og det er vanskelig hva de skal svare. Det ble presisert at man må skille anbefaling i et program og anbefaling der det ikke er et program. Det er leit at Norge ikke har en strategi for finansiering. FHI bør ha mere informasjon om muligheter for forebygging. FHI bør «være mere frempå». Anbefaling som gis må bli forstått av helsepersonell. Beyfortus bør kunne gis med individuell refusjon (tilsvarende Synagis), men det er vanskelig å få produktet til Norge. Er det mulig å ta inn pakning fra grossister i andre land? Det var mange innspill knyttet til at ordlyden for anbefaling på FHI sin hjemmeside er for vag og bør forbedres.
Sak 5/25	Hepatitt B: Screening av gravide. Hvilke tester bør inngå? v/ Margrethe Greve-Isdahl og Hanne Nøkleby. Vaksinedekningen av hepatitt B vaksine til nyfødte født av Hepatitt B positive mødre er lav i Norge. Screening av gravide ble startet i 2018 og omfatter HBs antigen og Anti-HB core antistoff for å fange opp også mødre som kan ha okkult hepatitt B med lavt smittepotensiale. Mange prøvesvar gjør tolkning av hvilke barn som skal ha hepatitt B-vaksine for komplisert. I en masteroppgave fra 2024 er det bl.a. kommet frem at hepatitt B prøvesvar på screeningen ofte er vanskelig å tolke. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal komme med forslag til tydeliggjøring prøvesvar og evt forenkle screeningen. Her har det også kommet frem at mødre som for eksempel er anti-HBc positive behandles med smitteverntiltak under fødsel som innebærer restriksjoner for invasiv overvåking av fosteret under fødsel, noe

	som er uheldig. FHI ønsker å forenkle screeningen og fokusere på HBs antigen, dvs ta ut anti-HBcore antistoff i svangerskapsscreeningen. Det er viktig å øke vaksinasjonsdekningen, og den kan trolig økes hvis prøvesvar og screening forenkles. Norge er eneste land i vest-Europa som anbefaler screening på anti-HBcore antistoff i tillegg til HBsAg. Under diskusjonen ble det fremhevet at dersom screening av gravide kun omfatter HBsAg vil den i så fall skille seg fra hepatitt B screening av andre grupper. Studier viser imidlertid at smitterisiko til barn er ekstremt lav hvis mor er HepB core alene positiv. Det ble fremhevet at det er godt forslag å forenkle screeningen. I MSIS foreligger ikke svar på anti-HBcore, så vi vet ikke hvor mange vi evt mister, men det er trolig svært få. Utfra et klinikerståsted er hepatitt B serologi vanskelig, og det er viktig å forenkle prøvesvar for å forenkle tolkning av prøvesvar og med mål om at å få høyere vaksinasjonsdekning.
Sak 6/25	HPV - ny evaluering. En orientering v/ Fredrik Skår. DMP (Direktoratet for medisinske produkter) og FHI har fått et oppdrag fra HOD i tildelingsbrevet for 2025 om å vurdere HPV vaksine for å forebygge livmorhalskreft og kjønnsvorter. Frist for oppdraget er 1.11.25. Det er nedsatt en skrivegruppe. Referansegruppen vil bli tatt inn for å vurdere forslaget på et senere tidspunkt.
Sak 7/25	Voksenprogram, en oppdatering. v/ Kjersti M Rydland. Det ble gitt en status for voksevakinasjonsprogrammet som trer i kraft nå i 2025. Forskrift trer i kraft 1. juni i år. Det vil være 100% egenbetaling for influensa vaksine. Det vil være inntil 25% egenbetaling for Covid-19 vaksine og pneumokokkvaksine. Det vil være en påminnelsesordning pr november til de aktuelle grupper som ikke er vaksinert. Reservasjon vil være mulig. Informasjon til befolkningen er under arbeid. Anbud om pneumokokkvaksine til 65 åringer til høsten er avsluttet, og Prevenar 20 (fra Pfizer) vant anbudet. Prevenar 20 dekker ca 60% av serotypene som er årsak til alvorlige pneumokokkinfeksjoner i aktuelle aldergruppe, mens Pneumovax dekker ca 70%. Pris for Prevenar 20 er ca 900 kr. og for pneumovax ca 400 kr. Det vil etter hvert også komme en 21 valent pneumokokk konjugatvaksine (fra samme produsent som Pneumovax). Rekvireringsrett for de ulike vaksinene i voksevakinasjonsprogrammet er komplisert og er litt ulikt for de ulike vaksinene. Det er f.eks. bare lege som kan rekvirere pneumokokkvaksine. Det er bra at det nå er en avklaring knyttet til økonomi og finansiering. Kommunene har ansvar for vaksinering i program. Det er kun vaksineaktører som har avtale med kommunene som kan bestille vaksine.
Sak 8/25	Coronavaksinasjon, bør anbefalingene endres? ○ gravide og vaksinasjon ○ aldersgrensen for vaksinasjon

v/ Svein Rune Andersen og Ingvild Fjellheim

Gravide og coronavaksinasjon:

Covid-19 oppfattes nå generelt som en lite alvorlig infeksjon.

Vaksinasjonsdekningen hos gravide er lav (ca 12% i 2023/24 og ca 32% i 2021/22). Det vurderes om vi skal fortsette å anbefale koronavaksine til gravide. Det etableres et nytt overvåkingssystem (STAT19), og vi vil etter hvert få bedre data. Gravide med tilleggsrisiko bør fortsatt anbefales vaksine. Flere land har tatt bort anbefaling av koronavaksine til gravide, blant annet Storbritannia, Finland og Sverige. WHO har ikke endret anbefalingen. Under diskusjonen kom det frem at det er viktig å gjøre justering av anbefaling når behov er der – dette har betydning for tillit til vaksineanbefalingene. Dersom vi endrer anbefaling til gravide, er det viktig at det ikke går utover anbefaling om influensavaksine. Det kan imidlertid være krevende kommunikasjonsmessig å endre anbefalingen, men nå er det viktig å fokusere på influensa hvor nytten ved vaksinasjon er vist gjennom mange år. Forslag til formulering: «Gravide uten tilleggsrisiko har ikke behov for oppfriskningsdose med koronavaksine».

Aldersgrense for coronavaksinasjon:

Koronavaksine anbefales til de som er 65 år og eldre, men kan anbefalingen endres til 75 år og eldre? Vaksinasjonsdekningen hos ≥65år er 50%. Antall innleggelser for akutt luftveisinfeksjon øker fra 75 års alder.

I Finland er det gjort en registerstudie med sammenlikning av sykehusinnleggelse pga. COVID-19 blant personer 18 år og eldre ±oppfriskningsdose høsten 2024. Antall personer per gruppe (alder + risiko) som må vaksineres for å forhindre én sykehusinnleggelse er beregnet. På bakgrunn av denne studien, har finnene endret sin vaksineanbefaling til ≥75 år hos de som ikke har tilleggsrisiko. Svenskene har også konkludert med å endre sin anbefaling tilsvarende. Det ønskes innspill fra referansegruppen om endring av anbefaling for koronavaksine til de ≥75 år uten underliggende sykdom, dvs er det støtte for å heve aldersgrensen? Det ble diskutert hvor mye som skal til for å endre aldersgrensen.

Det kan være vanskelig å endre aldersgrensen for koronavaksine når den er 65 år for influensavaksine og pneumokokkvaksine. Det er viktig å gjøre justeringer når behovet er der; det har bl.a. betydning for tillit. Det er imidlertid usikkert om datagrunnlaget er tilstrekkelig og det vil være utfordringer med å kommunisere begrunnelse og endret anbefaling. Det er viktig at en evt endring er gjennomførbar. Det ble understreket at vaksenvaksinasjonsprogrammet er komplisert. Ulike momenter ble trukket frem i diskusjonen. Koronavaksine er en mRNA vaksine som i tillegg til antistoffer også gir T celle immunitet (i motsetning til influensavaksine). De fleste over 65 år i Norge har nå fått minst to doser koronavaksine og T celle immunitet bidrar til at beskyttelsen varer lengre. Det ble også diskutert om en aldersendring vil påvirke long covid tematikken, men det regner man ikke med hos de over 65 år. Nye vaksiner under utvikling/utprøving vil trolig ha

	annen aldersgrense eller indusere immunitet som varer lengre (f. eks. RSV vaksine til eldre som trolig være til ≥ 75 år og nye influensavaksiner, bl.a. mRNA influensa vaksine).
Eventuelt	Marianne informerte om at dette er siste møtet som hun leder da hun skal bli pensjonist. Jacob Berild skal lede sekretariatet og møtene fremover.