

Vårdpersonalen nyckeln till hög vaccinationstäckning mot influensa

Oro för biverkningar är kopplat till valet att vaccinera sig mot influensa eller att avstå. Vårdpersonalens kunskap och attityder spelar därmed stor roll för att beslutet baseras på kunskap och fakta istället för på oro och antaganden, framhåller artikelförfattarna.

Under vinterhalvåret ökar antalet personer som avlider i Sverige. Influensa är en viktig bidragande orsak till överdödligheten. Trots att influensavaccination är vårt bästa försvar mot influensarelaterad överdödlighet är andelen vaccinerade i riskgrupperna relativt låg jämfört med en del av våra grannländer [1]. Under många år har andelen vaccinerade över 65 år uppskattats till lite drygt 50 procent, med stora regionala skillnader. Vi har långt kvar till en 75-procentig täckning för 2010, ett mål som World Health Assembly enades om 2003 [2]. För personer under 65 år med risk för svår sjukdom (Fakta 1) saknas tillförlitliga data, men här ser situationen sannolikt ännu dystrare ut. I en jämförande studie mellan fyra länder år 2006 låg täckningsgraden bland personer med kronisk sjukdom under 65 år på 13 procent, vilket var i nivå med Polen och klart under Tyskland och Spanien [3].

Inför årets influensasäsong kommer oroande signaler från landstingens smittskyddsenheter. Från vaccinatorer på vårdcentraler i Värmland och Västerbotten är budskapet tydligt; färre patienter än förra året vill vaccinera sig. I Halland har hittills cirka 55 procent av

personer över 65 år vaccinerats, jämfört med 61 procent förra säsongen och 70 procent året dessförinnan.

I en webbenkät angav personal på 26 av 36 vårdcentraler i Västerbotten allmänhetens rädsla för biverkningar som den viktigaste orsaken till bristande vaccinationsvilja. I Värmland angav vaccinatorer vid tio vårdcentraler att de uppfattat tveksamheten till influensavaccination som rädsla för biverkningar. Det framkom att många människor blandar ihop pandemivaccinet Pandemrix och säsongsinfluensavaccinet, och att framför allt narkolepsi var den biverkan man uttryckte oro för.

Redan före vaccinationskampanjen mot den pandemiska influensan A/H1N1 2009 var oro för biverkningar en viktig orsak till att inte låta vaccinera sig i såväl internationella studier [4] som

svenska attitydundersökningar [5]. Efter rapporterna 2010 om ett möjligt samband mellan Pandemrix och narkolepsi bland barn har Pandemrix i Sverige använts i endast några enstaka fall säsongen 2010–2011. Däremot fick cirka en miljon svenskar säsongsinfluensavaccin, där en av komponenterna var A/H1N1 2009, utan att någon ökad risk för narkolepsi har noterats. Exakt samma säsongsvaccin används i årets vaccinationskampanj. Globalt sett har ungefär en halv miljard doser av trivalent säsongsvaccin med en komponent av A/H1N1 2009 getts utan att man fått några rapporter om narkolepsi.

Ännu kvarstår oklarheter kring sambandet mellan Pandemrix och narkolepsi. Forskning pågår för att finna förklaringar till den riskökning för narkolepsi hos barn och ungdomar som registerstudier i Sverige och Finland påvisat. Tills vidare får vi ta fasta på och vara tydliga med det vi faktiskt vet: det finns inget samband mellan säsongsinfluensavaccin och narkolepsi. Man kan aldrig helt utesluta risken för ovanliga biverkningar, men riskerna med säsongsinfluensavaccinet bedöms som mycket små.

Allmänhetens uppfattning om risken att bli sjuk och om vad sjukdom innebär är avgörande för det individuella beslutet om influensavaccination, såväl vid säsongsinfluensa [3] som under pandemin 2009 [4, 6]. I Värmland framfördes att svininfluensan inte uppfattades som så farlig och att vaccinationskampanjen under pandemin var onödig. Enkäten utgör inget vetenskapligt underlag men identifierar faktorer som i litteraturen beskrivs som viktiga för vaccinationsviljan. I en sammanställning där Storbritanniens motsvarighet till SBU gått igenom 36 telefonbaserade attitydundersökningar mellan maj 2009 och januari 2010 uttrycker författarna oro för hur framtida rekommendationer kan komma att efterföljas mot bakgrund av att mellan hälften och två tredjedelar av respondenterna uttryckt stöd för tesen »too much fuss« (alltför mycket väsen) avseende pandemin [7]. Liknande farhågor har hörts från andra håll i världen, exempelvis USA [4, 6].

Sverige fick tidigt tillgång till vaccin under pandemin 2009 och uppnådde

fakta 1

Personer som rekommenderas vaccination mot säsongsinfluensa säsongen 2011–2012

- personer över 65 års ålder
- personer med kronisk sjukdom:
 - hjärt- och/eller lungsjukdom
 - instabil diabetes mellitus
 - kraftigt nedsatt infektionsförsvar (av sjukdom eller medicinering)
 - kronisk lever- eller njursvikt
 - astma (för barn- och ungdom gäller svår astma (grad 4) med funktionsnedsättning)
 - extrem fetma (störst risk vid BMI >40) eller neuromuskulära sjukdomar som påverkar andningen
 - flerfunktionshinder hos barn
- Friska gravida kvinnor utan skydd mot A/H1N1 2009
- Personer med hushållskontakter och personal som vårdar personer med kraftigt nedsatt infektionsförsvar.

GUNNAR NYLÉN

utredare, enheten för hälsoskydd och smittskydd, Socialstyrelsen
gunnar.nylen@socialstyrelsen.se

ANNIKA LINDE

statsepidemiolog, Smittskyddsinstitutet

AGNETA AUST KETTIS

senior expert, Läke-medelsverket

OLLE WIK

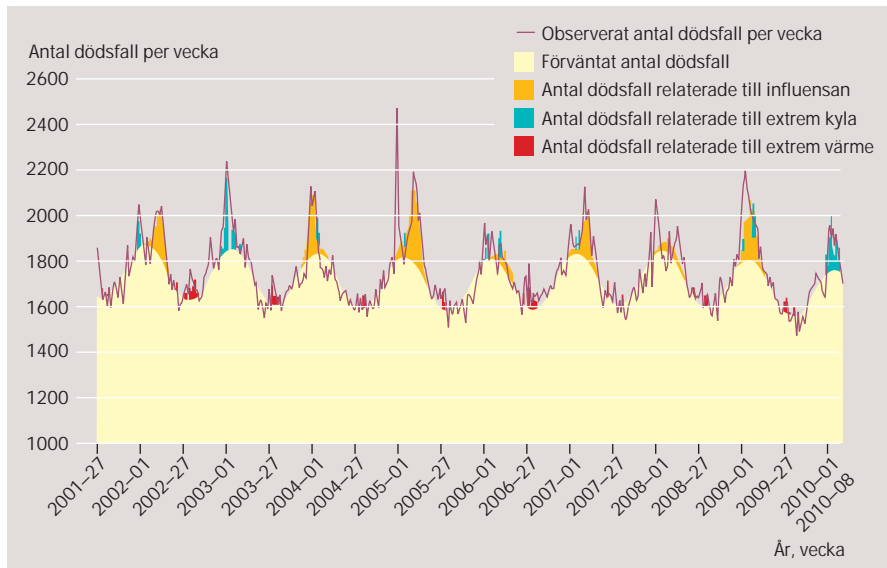
smittskyddsläkare, Landstinget i Värmland

STEPHAN STENMARK

smittskyddsläkare, Smittskyddsenheten, Västerbotten

MATS ERNTELL

smittskyddsläkare, Region Halland



Figur 1. Antal dödsfall per vecka i Sverige från juni 2001 till februari 2010 samt med hjälp av statistisk modellering beräknad överdödlighet relaterad till influensa, extrem hetta och extrem kyla. (Originalfigur: Bernadette Gergonne, EuroMOMO.)

tack vare stora insatser från vården en jämförelsevis hög vaccinationstäckning på 60 procent. Skyddseffekten var mycket god, cirka 90 procent, hos både barn och vuxna, och en hög skyddseffekt på mellan 70 och 80 procent kvarstod under säsongen 2010–2011 [8].

Under förra säsongen intensivvårdades minst 63 personer på grund av influensa A/H1N1 2009, och totalt 10 personer rapporterades ha avlidit av sjukdomen. Det ger en betydligt lägre incidens av allvarlig sjukdom än i exempelvis Storbritannien, Grekland och Danmark, där man inte vaccinerade lika många som vi i Sverige. I Storbritannien dog under förra säsongen 602 personer på grund av laboratorieverifierad influensa, varav 535 dödsfall var orsakade av influensa A/H1N1 2009 [9]. Det var fler fall än föregående säsong i Storbritannien och motsvarar en cirka åtta gånger högre incidens än i Sverige.

Antalet laboratorieverifierade fall ger ingen rättvisande bild av sjukhusbördan av influensa. Framför allt hos äldre är den kliniska bilden ofta atypisk och laboratoriediagnos ovanlig. Vanliga dödsorsaker vid influensasjukdom är bakteriella komplikationer, framför allt lunginflammation, och hjärtsjukdom såsom hjärtsvikt, hjärtinfarkt med mera.

Överdödlighet relaterad till influensa kan beräknas med statistisk modell och varierar stort mellan olika säsonger (Figur 1). I genomsnitt har cirka 1 000 personer per år dött i Sverige till följd av influensa de senaste tio åren, enligt beräkningar utförda som en del av ett eu-

ropeiskt samarbetsprojekt med syfte att övervaka överdödlighet, EuroMOMO [10]. Storleken på överdödligheten beror bland annat på vilka influensavirus som cirkulerar.

Förra influensasäsongen blev intensiv och långdragen och dominerades av influensa A/H1N1 2009 och influensa B, som framför allt drabbade barn och unga. Någon påtaglig överdödlighet hos äldre sågs inte. Under normala säsonger är det i stort sett bara personer som tillhör de medicinska riskgrupperna (Fakta 1) som riskerar svår sjukdom och död, men för dessa är risken desto större om de insjuknar i influensa.

Vilket av de influensavirus som ingår i årets vaccin som kommer att dominera vet vi inte med säkerhet. Pandemiviruset A/H1N1 cirkulerar fortfarande. Till sammans med förra årets erfarenheter ökar det betydelsen av att identifiera barn i riskgrupp för allvarlig sjukdom. Om A/H3N2 kommer att dominera riskerar äldre att drabbas i större utsträckning. Inför årets säsong behöver således *alla* personer med ökad risk för allvarlig sjukdom (Fakta 1) skydd inte bara mot A/H1N1 2009 utan även mot de två andra virustyperna, A/H3N2 och influensa B, som ingår i säsongsvaccinet. Vaccinet ger inget hundra procentigt skydd mot influensa, framför allt inte för äldre med nedsatt förmåga att svara på vaccin, men det är det bästa försvaret mot allvarlig sjukdom och död för personer i riskgrupper.

Resultaten av enkäterna i Värmland och Västerbotten stämmer väl överens

med tillgänglig litteratur på området. Det finns således stöd för att det individuella ställningstagandet till influensavaccination framför allt är kopplat till oro för vaccinets biverkningar och till den risk man förknippar med att få sjukdomen. Det finns även starkt stöd för att vårdpersonalens kunskap och attityder spelar stor roll och för att den information som ges i mötet med patienten påverkar om beslutet baseras på kunskap och fakta i stället för på oro och antaganden.

När en person är osäker på vad som åstadkommer minst skada – att vaccineras och riskera biverkningar eller att inte vaccineras och riskera sjukdom – tenderar valet att falla på att inte låta vaccinera sig. Att riskera skada genom att inte göra något ses som mer acceptabelt än att riskera att åstadkomma skada genom att göra något, »omission bias« [11]. För att minska denna osäkerhet behövs klara rutiner för hur vaccination erbjuds för patienter i riskgrupper. Det gäller speciellt för de grupper som inte har frekvent kontakt med vården eller där vårdkontakten inte infaller i samband med vaccinationskampanjen. Under vaccinationskampanjen behöver dessutom alla i vården vara uppmärksamma på patienter i olika riskgrupper och uppmana dem att låta vaccinera sig.

Nästa gång du har en patient i en riskgrupp, ta dig tid att fråga om vaccination mot influensa. Ditt råd kan göra skillnad.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Kroneman M, van Essen GA, John Paget W. Influenza vaccination coverage and reasons to refrain among high-risk persons in four European countries. *Vaccine*. 2006;24(5):622–8.
- Bish A, Yardley L, Nicoll A, Michie S. Factors associated with uptake of vaccination against pandemic influenza: a systematic review. *Vaccine*. 2011;29(38):6472–84.
- Rubin GJ, Potts HW, Michie S. The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: results from 36 national telephone surveys in the UK. *Health Technol Assess*. 2010;14(34):183–266.
- Surveillance of influenza and other respiratory viruses in the UK. 2010–2011 report. London: Health Protection Agency; 2011.
- EuroMOMO. European monitoring of excess mortality for public health action. Project report. Period 01 February 2008–31 April 2011. Köpenhamn: Statens Serum, Institut European Commission; 2011.

Läs mer Fullständig referenslista
Lakartidningen.se