
Influensavaksinasjon - skal, skal ikke?

REDAKSJONELT

NØKLEBY H

FLUGSRUD LB

Vaksine mot influensa har vært i bruk i Norge siden 1960-årene. Den fremstilles ved inaktivering av influensavirusdyrket i embryonerte hønseeegg. På bakgrunn av innsamlede virusisolater gir Verdens helseorganisasjon hvert år i februar anbefaling om hvilke stammer som bør inngå i vaksinen for kommende sesong. Vaksinen produseres i løpet av hektiske vårmåneder og skal i september ha passert alle kontroller for renhet, styrke og sammensetning og immunogenitet. Mens det tidligere var et problem å skaffe nok vaksine, er det nå mulig å bestille så mye man vil i april, men etterbestillinger i oktober/november kan sjelden effektueres.

Med dagens godt rensede vaksine skulle ikke risikoen for bivirkninger hindre noen i å la seg vaksinere.

Vaksineeffekten er avhengig av at de mest aktuelle variantene av influensavirus anvendes. Den høyemutasjonsfrekvensen fører til stadige forandringer i virusmembranen. De antistoffer man har utviklet etter en infeksjon eller vaksinasjon, gir derfor gradvis mindre beskyttelse og har etter noen år ingen effekt. Gjennomgang av litteraturen viser at det ikke sjelden har vært større eller mindre sprik i antigenlikhet mellom vaksinevirus og den epidemiske stammen (1). Det vil selvfølgelig gi redusert beskyttelse, men betyr ikke at vaksineprinsippet er dårlig. For å få enkorrekt vurdering av influensavaksinens effekt, bør registrering av sykdom suppleres med virologisk påvisning av infeksjonen (2).

Man konkluderer i dag med at influensavaksine gir 70-80% beskyttelse mot infeksjon hos personer under 65 år forutsatt at influensavirus er nært beslektet med vaksinevirus (1, 3, 4). Beskyttelsen er lavere for eldre personer, men vaksinen beskytter godt mot alvorlig sykdomsforløp, komplikasjoner, sykehusinnleggelse og død (2, 5).

Siden influensavaksine ble tilgjengelig i noe omfang, har det stort sett vært enighet om at personer med økt risiko for komplikasjoner eller død etter influensa (høyrisikogruppene) skal tilbys vaksine. Med årene er de medisinske indikasjoner for vaksinetilbud gradvis utvidet. En undersøkelse fra 1995 (6) tok for seg vaksinasjonspraksis i vel 20 europeiske land og USA. I alle disse landene vaksineres personer med kroniske sykdommer i lunger og hjerte-ogkarsystemet. Ofte inkluderes beboere i sykehjem, aldershjem og liknende institusjoner, pasienter med andre kroniske sykdommer (f.eks. diabetes mellitus og kronisk nyresykdom) og pasienter med immunsuppresjon, selv om det er usikkert hvor effektiv vaksinen er hos de siste.

I mange land er alder 65 år eller mer indikasjon for vaksinerings, uansett om det foreligger noen underliggende sykdom. Influensa i denne alderen fører oftere til komplikasjoner som kan resultere i sykehusopphold. Eldre menneskersom tidligere greide å stelle seg selv, kan få behov for hjelp og pleie i lang tid etterpå. De fleste dødsfall som følge av influensa rammer eldre personer. Det kan også være aktuelt å vaksinere dem som steller personer i risikogruppene for å hindre at de bringer med seg smitte.

Nytten ved vaksinasjon av personer som ikke tilhører risikogruppene, er langt mer omdiskutert. Kostnad-nytte-undersøkelser av influensavaksinasjon for personer uten spesiell risiko for komplikasjoner viser ulikeresultater (7, 8). Noe av årsaken til de ulike konklusjoner er at man velger forskjellige mål på effekt: reduksjon i antall influensatilfeller, reduksjon i antall luftveissykdommer generelt eller fravær fra arbeidet.

En annen forklaring ligger i at omfanget av influensasynlighet varierer mye fra år til år. Det vil være mye større effekt av influensavaksinasjon i et år med stor epidemi enn i et år med lav forekomst. En kostnad-nytte-undersøkelse bør derfor strekke seg over flere sesonger, men det finnes få flerårige studier for personer uten spesiell risiko.

De fleste er i dag enige om at det ikke er grunnlag for å fraråde vaksinasjon til personer utenfor risikogruppene, men det er stor uenighet om i hvilken grad det bør anbefales. Det kan illustreres av retningslinjene for USA og Storbritannia der det fra USA anføres at "...influenza vaccine may be administered to any person who wishes to reduce the chance of becoming infected with influenza" (4), mens det i de britiske heter: "Immunisation of fit children and adults, including health care and other key workers, is not recommended as a routine" (5).

Informasjon om norske helsemyndigheters retningslinjer for bruk av influensavaksine gjengis årlig i MSIS-rapporten samtidig med at vaksinen distribueres til kommunelegene, oftest i september (9). Rådene følges i stor grad av landets leger (10). Hensikten er å sikre at risikogruppene blir tilbudt vaksine i god tid før vinterens utbrudd. Vaksine til andre enn dem som omfattes av denne informasjonen, krever resept fra egen lege som vurderer den enkeltes situasjon og behov for beskyttelse mot influensa.

Hanne Nøkleby

Liv Birkeland Flugsrud

LITTERATUR

1. Kilbourne ED. Inactivated influenza vaccines. I: Plotkin SA, Mortimer EA, red. Vaccines. Philadelphia: Saunders, 1994: 565-81.
 2. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature. *Ann Intern Med* 1995; 123: 518-27.
 3. Department of Health, Welsh Office, Scottish Office Department of Health, DHSS (Northern Ireland). Influenza. 1996 Immunisation against Infectious Disease. London: HMSO, 1996; 113-20.
 4. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention and control of influenza. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996; 45, nr. RR-5: 1-24.
 5. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, von Sternberg T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1994; 331: 778-84.
 6. Nicholson KG, Snacken R, Palache AM. Influenza immunization policies in Europe and the United States. *Vaccine* 1995; 13: 365-9.
 7. Nichol KL, Lind A, Margolis ML, Murdoch M, MaFadden R, Hauge M et al. The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults. *N Engl J Med* 1995; 333: 889-93.
 8. Baker CC, Cameron AS. The effect of influenza vaccination on absence. *J Sos Occup Med* 1985; 35: 134-6.
 9. Influenzavaksine til risikogruppene 1997/98. MSIS-rapport 1997; 25: 35.
 10. Søvik TT, Haaheim LR. Bruk av influenzavaksine i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 396-6
-

Publisert: 30. oktober 1997. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. februar 2026.